Trimestriel n° 45
Mars / Avril 2009

CPPAP n° 1211 T 81023
ISSN n° 1286-2185

Revue diffusée nominativement à 10 000 exemplaires

IMPRIMERIE : BERNARD VIAL SA - 04 CHATEAU ARNOUX
MAQUETTE : ATELIER EQUIPAGE - MARSEILLE
DIRECTEUR DE LA RÉDACTION : J.-P. LELLOUCH
SERVICE PRESSE : LAURENT DE VILLEPIN
ENQUETES MÉDICALES : ARICK SON LELLOUCH
ESPACE ET DÉVELOPPEMENT : FRANCK BENJAMIN

LES MAITRES D'OUVRAGE ET LES PARTENAIRES D'OFFICIEL SANTÉ FIGURENT EN PAGES 6 ET 7

RÉDACTEUR EN CHEF :
FRANÇOIS AUBART
DOSSIER SCIENTIFIQUE :
DR JOSEPH HAJJAR
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
STEPHAN J.P. LELLOUCH
officielsante@wanadoo.fr
RÉALISATION : NETCOM MEDICAL
COORDINATION EDITORIALE :
P.E.C (PRESSE EDITION COMMUNICATION SA)
14, BD DU COMMANDEUR – 13009 MARSEILLE
TÉL : 04 96 20 06 06 – FAX : 04 96 20 06 09

Le mot du Rédacteur en chef

4e Rencontres Convergences Santé Hôpital
Procès de l'organisation hospitalière : Complément d'enquête. Prise en charge thérapeutique des maladies chroniques.
Reims, les 23, 24 et 25 septembre 2009

Après Strasbourg, Poitiers et Toulouse, c'est Reims qui accueillera la 4e édition de ce congrès unique au succès croissant.
Convergences Santé Hôpital est la seule manifestation qui regroupe l'ensemble des disciplines et spécialités de la communauté médicale hospitalière. Comme les années précédentes, plus de 1 000 participants sont attendus à Reims pour débattre écouter, proposer et s'informer sur l'actualité de l'hôpital.
Dans la continuité du ***« procès de l'organisation hospitalière »*** *qui s'est tenu lors des 3es Rencontres CSH à Toulouse, le* ***« complément d'enquête »*** *demandé par le Professeur Jean-François Mattei président du jury en 2008, constituera le point de départ pour les journalistes d'investigation qui viendront apporter des éléments nouveaux.*
Au plan scientifique et organisationnel, les médecins, chirurgiens, réanimateurs, urgentistes, pneumologues, psychiatres, gériatres, radiologues, biologistes et pharmaciens se focaliseront sur la ***prise en charge thérapeutique des maladies chroniques*** *et de prestigieux orateurs animeront les débats.*
Comme chaque année le Ministre de la santé sera présent pour participer à ces Rencontres qui constituent le lieu privilégié d'échanges et de propositions des médecins et des pharmaciens de l'hôpital public.

Officiel Santé
Actualités hospitalières

SOMMAIRE

5 Editorial
Pour refonder l'identité hospitalière
par le Pr Pierre Coriat, président de la CME, APHP et par le Dr François Aubart, président de la CMH

7 Actualités pharmaceutiques
10 Gouvernance à l'hôpital : les amendements indispensables
un communiqué de la CMH et du SNAM-HP
11 Pharmacie hospitalière : assez d'hypocrisie, un peu de courage !
par le Pr Philippe Arnaud, président du SNPHPU
12 Alcool, tabac, obésité : le compte n'y est pas !
par le SMISP
13 Une "V11" haute couture
par Claude Marintabouret et Jean Pierre Graffin
14 Le déploiement de nouveaux moyens pédagogiques au bénéfice des étudiants
par le Pr M. Brazier, président de la conférence nationale des doyens des facultés de pharmacie et de JP Graffin, ARH Picardie
17 Enfermement des malades mentaux : moins de passion, plus de raison !
avec Norbert Skurnik, secrétaire général de l'IDEPP
18 La dispensation journalière à délivrance robotisée (DJDR)
19 La meilleure solution : appliquer les règles existantes
par le Pr Ph. Arnaud, président du SNPHPU
20 Les 4emes rencontres convergences santé hôpital… les 23-24-25 septembre 2009 à Reims
22 La santé : bateau ivre ou vaisseau fantôme
par le conseil d'administration du SNPHPU

24 Scientifique +
Prise en charge du syndrome métabolique
par le Dr Boris Hansel, La Pitié Salpêtrière, APHP
Le syndrome métabolique : une épidémie annocée
par le Dr Beverley Balkau, Inserm U780-IFR69, APHP

Dossier scientifique

33 Editorial
du Dr Joseph Hajjar
Président de la SFHH

Hygiène hospitalière
34 Le XXe congrès national de la SFHH : les aspects scientifiques
par le Pr Philippe Berthelot, président du conseil scientifique
35 Congrès de la SFH : le partenariat avec les industriels
par Daniel Zaro Goni, vice président de la SFHH
37 Programme du congrès de la SFHH
le 4 et 5 juin 2009 à Nice
41 Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques
45 Prévention du risque aspergillaire chez les patients immunodéprimés
par la Haute Autorité de Santé

Pour refonder l'identité hospitalière

Pendant des décennies l'identité hospitalière a été synonyme de service au public justifiant un droit de tirage financier que la bonne santé économique autorisait. Compétence affichée et disponibilité servaient de régulateur.

Aujourd'hui, dans une période difficile où l'hôpital public a aussi pour fonction de servir d'amortisseur de crise, une des questions récurrentes est de savoir si les moyens financiers qui lui sont alloués sont suffisants. Quelle que soit la réponse, une réalité s'impose : depuis 1983, les moyens alloués sont limités.

Or, lorsque les financements sont limités, lorsqu'on parle de file d'attente, de choix à faire, l'éthique impose aux décisions de substituer l'explicite à l'implicite.

Ce changement de paradigme explique une bonne partie de la crise identitaire actuelle des hospitaliers.

Mise en œuvre depuis 4 ans, la tarification à l'activité (T2A) a, il est vrai, profondément contribué à cette explicitation des choix à l'hôpital public : pour chaque pathologie, l'hôpital reçoit un tarif prédéterminé qui doit lui permettre de couvrir ses dépenses. La T2A a institué une logique de résultat qui prévaut désormais sur la logique de moyens qui caractérisait le précédent système de financement de l'hôpital. Cela les a encouragé à s'approprier, pour les maîtriser, les grands principes de la réorganisation hospitalière.

Mais cette allocation des ressources à l'activité est devenue injuste à partir du moment où l'Etat a fait un triple choix :

– Il a choisi de financer les actes techniques et a oublié les actes cliniques qui fondent le cœur de l'activité hospitalière.

– Il a fait « flotter » les tarifs des pathologies pour assurer une régulation prix/volume autoritaire et imprévisible. Cette variation des tarifs dépend maintenant d'équilibres comptables et politiques entre secteurs privé et public et surtout de la volonté affichée de limiter les déficits.

– Il veut provoquer une convergence des tarifs entre privé et public alors même que le premier peut choisir et sélectionner les pathologies et que le deuxième doit répondre aux impératifs du service public notamment en ce qui concerne la permanence des soins et l'accès de tous au système.

Or, pour que la communauté médicale accepte cette logique sans avoir le ressenti de perdre son âme, une valorisation financière équitable des activités est essentielle. Sans cette valorisation équitable, la tarification à l'activité devient une fatalité économique qui bouleverse la destinée de l'hôpital, obligatoirement et uniquement « médicale ».

La juste valorisation des activités hospitalières exige en retour une utilisation efficiente des ressources et une réorganisation des activités de soins pour en améliorer la qualité, développer la recherche clinique, l'innovation thérapeutique et la veille technologique.

A considérer les modalités de financement de l'hôpital public, c'est donc clairement une démarche d'équité que l'on doit exiger à tous les niveaux de l'organisation hospitalière.

– Equité entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée

– Equité entre les différents centres hospitaliers d'une même région

– Equité entre les différentes structures d'un centre hospitalier.

Seule une allocation équitable des ressources peut légitimer la refondation des organisations et assurer la solidarité entre tous les établissements, à l'intérieur d'un même établissement, entre tous les pôles, dans un même pôle entre toutes les structures et dans une même structure entre tous les praticiens.

C'est alors qu'équité rimera avec éthique, qui reste le langage commun et fondateur de tous les métiers de l'hôpital et servira de moteur pour un véritable contrôle qualité des activités de soins. La détermination à l'efficience qui doit animer l'ensemble des soignants est tout simplement une exigence d'éthique professionnelle pour mettre au service du plus grand nombre une offre de soins de qualité, pour préserver l'investissement garant de la qualité et de la sécurité, pour assurer l'innovation thérapeutique et maintenir la place de l'hôpital public dans un système concurrentiel.

L'efficacité de toute organisation résulte de l'adéquation entre les missions de la gouvernance et le type de structure qui l'exerce. Les problématiques auxquelles sera confrontée la gouvernance à l'hôpital public, aujourd'hui et demain, seront à l'évidence d'ordre médical. Le rôle de la gouvernance est de certifier l'ergonomie et l'organisation de la prise en charge des malades et surtout de répartir de façon équitable entre tous les acteurs de soins l'allocation des ressources de l'établissement.

Ce n'est pas par conservatisme corporatif ou par peur de perdre un quelconque pouvoir médical que les médecins défendent une pensée médicale forte au sein des instances de direction de l'hôpital public.

La gouvernance prévue pour demain dans les établissements de santé, censée résoudre les problèmes par l'avènement d'un exécutif fort, ne laisse pour l'instant pas de place à l'indispensable « pensée médicale », démocratiquement exprimée, seule dépositaire d'une culture d'évaluation permettant la juste rétribution des différents acteurs intervenants dans la prise en charge d'un malade.

Parce que les médecins, interlocuteurs premiers des malades, parce que la communauté médicale, par l'intermédiaire d'une représentation démocratiquement élue, disposent de la compétence et de la légitimité pour assurer une juste répartition des ressources de l'hôpital public, la pensée médicale, incarnée par les représentants élus des communautés médicales et non par des individus choisis par les directions hospitalières sur des objectifs d'activité, doit se voir accorder une place centrale des plus affirmées dans la gouvernance hospitalière.

Pr Pierre Coriat
Président de la CME de l'APHP

Dr François Aubart
Président de la CMH

Délégués Régionaux de la CMH

Alsace	Dr LAEDLEINN-GREILSAMMER	CHU Mulhouse	03 89 64 87 25
Alsace	Pr Gabrielle PAULI	CHU Strasbourg	03 88 11 68 56
Antilles	Dr L. MERAULT	CHU P.-à-Pitre	
Aquitaine	Dr Pierre FIALON	CHU Bordeaux	05 56 79 58 37
Aquitaine	Dr P. SIMON	CHU Bordeaux	05 56 56 35 05
Auvergne	Dr J.P. MABRUT	CHU Clermont-Ferrand	04 73 43 55 19
Auvergne	Pr D. CAILLAUD	CHU Clermont-Ferrand	04 73 75 16 53
Basse-Normandie	Pr F. BUREAU	CHU Caen	02 31 06 65 40
Basse-Normandie	Dr A. DANJOU	CH Bayeux	02 31 51 51 28
Bourgogne	Dr A. LAROME	CHU Dijon	03 80 42 48 48
Bourgogne	Dr PATOURAUX	CH Pougues les Eaux	03 86 60 60 05
Bretagne	Dr LENOT	CH Saint Brieuc	02 96 01 70 55
Bretagne	Pr P. SADO	CH Rennes	02 99 33 39 00
Centre	Dr Th. DUFOUR	CHR Orléans	02 38 51 47 24
Centre	Dr BOULAIN	CHR Orléans	02 38 22 95 57
Champ.-Ardennes	Pr M. GUENOUNOU	CHU Reims	03 56 91 37 24
Champ.-Ardennes	Dr Paul MEEKEL	CH Troyes	03 25 49 49 37
Corse	Dr F. CICHERI	CHI Corte	04 95 47 29 18
Corse	Dr J. AMADEI	CHG Bastia	04 95 55 11 11
Franche-Comté	Dr A. DEPIERRE	CHU Besançon	03 81 66 81 66
Franche-Comté	Dr A. KARA	CH Belfort	03 84 58 15 15
Haute-Normandie	Dr Ch. NAVARRE	CH du Rouvray	02 32 95 11 01
Haute-Normandie	Dr Loïc FAVENNEC	Hôpital Ch. Nicolle	02 32 88 66 39
Ile-de-France	Pr D. VIGNON	CH Foch-Suresnes	01 46 25 28 27
Ile-de-France	Dr J.L. BOURDAIN	CH F. Quesnay	01 34 97 40 68
Langu.-Roussillon	Pr Jean-Pierre BALI	CHU Montpellier	04 67 54 33 44
Langu.-Roussillon	Dr Eric BOGAERT	CHS Thuir	04 68 04 79 01
Langu.-Roussillon	Dr Charles ARICH	CHU Nîmes	04 66 68 33 88
Limousin	Pr B. MELLONI	CHU Limoges	05 55 05 68 81
Limousin	Dr M. HABRIAS	CH Bourganeuf	05 55 54 51 44
Lorraine	Dr H. LAMBERT	CHU Nancy	03 83 85 20 59
Lorraine	Pr P.E. BOLLAERT	CHU Nancy	03 83 85 14 94
Midi-Pyrénées	Dr A. CAUDRILLIER	CH Lannemezan	05 62 99 55 70
Midi-Pyrénées	Dr J.M. CANONGE	CHU Toulouse	05 61 77 76 48
Nord	Dr H. BARBIEUX	CH Roubaix	03 20 99 31 76
Nord	Pr F. FOURRIER	CHR Lille	03 20 44 64 35
Pays-de-Loire	Dr A. TALHA	CHU d'Angers	02 41 35 38 15
Pays-de-Loire	Dr P. BARBIER	CH Nantes	02 40 08 33 33
Picardie	Dr F. MARTIN	CH Compiègne	03 44 23 62 71
Picardie	Dr P.Y. LALLEMENT	CH Soissons	03 23 75 74 34
Poitou-Charentes	Dr L. ROUX	CH Saintes	05 46 92 76 56
Poitou-Charentes	Dr A. RAULT	CH Niort	05 49 32 79 79
PACA	Dr R. JULIEN	CHS Marseille	04 91 87 67 34
PACA	Dr M.H. BERTOCCHIO	CH Aix en Provence	04 42 16 16 38
Rhône-Alpes	Pr Gilles AULAGNER	CHU Lyon	04 72 35 73 07
Rhône-Alpes	Dr Dominique TREPO	CHU Lyon	04 72 11 06 22

Coordination Médicale Hospitaliere

Président : Dr F. Aubart
CHI Simone Veil (Eaubonne Montmorency)
Tél : 01 34 06 61 21 - Fax : 01 34 06 61 29
e-mail : François.Aubart@wanadoo.fr

Vice-Présidents :
Pr G. Aulagner, Dr F. Fraisse, Pr C. Gibert, Pr JG. Gobert, Dr M. Marchand, Dr JM. Vetel

Secrétaires :
Dr M. Vaubourdolle
Hôpital St Antoine /APHP
184, rue Saint Antoine - 75012 Paris
Tél : 01 49 28 22 23 - Fax : 01 49 28 20 70
e-mail : michel.vaubourdolle@sat.aphp.fr
Dr JP Garnier - Hôpital Saint Louis /APHP

Délégués généraux :
Dr N. Skurnik - Neuilly sur Marne
e-mail : nskurnik@yahoo.fr
(Contentieux) Dr B. Certain - Cochin APHP
Tél : 01 58 41 26 91 - Fax : 01 58 41 26 96
e-mail : bernard.certain@cch.ap-hop-paris.fr
Dr B. Mangola - CH Mâcon
e-mail : brmangola@ch-macon.fr

Trésorière :
Dr S. Peyron - CH V. Dupouy
Tél : 01 34 23 28 92

Fédération nationale des syndicats de praticiens biologistes hospitaliers et hospitalo-universitaires FNSPBHU
Président : Pr J.-G. Gobert
Tél : 01 42 16 26 52 - Fax : 01 42 16 26 54
e-mail : jean-gerard.gobert@psl.ap-hop-paris.fr

Syndicat national des pneumologues hospitaliers SNPEH
Président : Dr P. Laurent
Tél : 05 59 92 47 23 - Fax : 05 59 92 48 50
e-mail : philippe.laurent@ch-pau.fr

Syndicat national de gérontologie clinique SNGC
Président : Dr J.-M. Vetel
Tél - Fax : 02 43 87 02 88
e-mail : jmvetel@ch-lemans.fre.rss.fr
Vice-Présidente : Dr Marie D. Lussier

Syndicat national des praticiens attachés SYNPA
Président : Dr M. Marchand
Tél : 01 40 03 24 71
e-mail : martine.marchand@rdb.ap-hop-paris.fr

Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires SNPHPU
Président : Pr Philippe Arnaud
Tél : 01 40 25 80 18 - Fax : 01 42 63 58 25
e-mail : philippe.arnaud@bch.aphp.fr

Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo universitaires CMLHHU
Président : Dr M. Debout
Tél : 04 77 12 05 23
e-mail : patrick.chariot@htd.ap-hop-paris.fr

Syndicat des chirurgiens hospitaliers SCH
Président : Dr T. Dufour
Tél : 02 38 51 47 24 - Fax : 02 38 51 41 41
e-mail : thierry.dufour@chr-orleans.fr

Syndicat national des gynécologues, obstétriciens de France SYNGOF
Président : Dr G.M. Cousin
Tél : 02 40 95 92 63
e-mail : guy-marie.cousin@wanadoo.fr
Secrétaire Général : G. Behar

Syndicat des psychiatres de secteurs SPS
Président : Dr N. Skurnik
Tél : 01 49 44 40 40 - Fax : 01 40 30 40 61
e-mail : nskurnik@yahoo.fr

Syndicat des urgences hospitalières SUH
Président : Dr F. Stierlé
Tél : 03 89 64 62 70
e-mail : stierlef@ch-mulhouse.fr

Syndicat national des médecins réanimateurs des hôpitaux publics SNMRHP
Président : Dr F. Fraisse
Tél : 01 42 35 61 07
e-mail : francois-fraisse@ch-stdenis.fr

Syndicat national des biologistes des hôpitaux privés SNBHP
Président : Dr H.-R. Caillet
Tél : 01 48 71 06 74 - Fax : 01 48 71 27 29

Syndicat des gériatres des hôpitaux de Paris SGHP
Président : Dr G. Sebbane
Tél : 01 41 52 57 05
e-mail : georges.sebbane@rmb.aphp.fr

Syndicat national des médecins des hôpitaux et des établissements de soins à but non lucratif SYMHOSPRIV
Président : Dr M. Angebault
Tél : 01 49 08 20 20

ACTUALITÉS PHARMACEUTIQUES

NAISSANCE D'ASEPTIX France

Cette société est une filiale de ASEPTIX TECHNOLOGIES BV groupe Hollanndais de biochimie, spécialisée dans la recherche, le développement et la commercialisation d'une gamme de désinfectants et de savons.

La vocation d'ASEPTIX est de vous proposer des solutions innovantes en matière d'aseptie tout en respectant l'utilisateur et l'environnement. Nos produits utilisent une nouvelle technologie révolutionnaire basée sur le peroxyde d'hydrogène (H2O2) activé sous forme de plasma (PEP) breveté, un ingrédient actif composé uniquement d'eau et d'oxygène. Cette technologie nous permet d'apporter une nouvelle offre en matière de désinfection sur le marché français quelques soit le secteur d'activité (hôpitaux, cliniques, dentistes, laboratoires, maison de retraite etc..). Nos formules sont sans composants organiques volatiles, sans solvants, sans allergènes, sans ammoniums quaternaires, sans amines, sans aldéhydes, sans triclosans et sans phénols ; ils sont donc plus respectueux de l'environnement. Nous faisons aucun compromis sur le spectre d'efficacité tout en ayant des temps de contact très court (30 Secondes sur 99,99 % des bactéries) même en conditions de saleté.
En raison de son mécanisme d'action nos produits ne causent aucune résistance microbienne et ils ne laissent pas de résidus actifs.

Découvrez la nouvelle génération de désinfectant sur le site : aseptix.com

INFO PRODUIT
ULTRASAN ULTRA RAPIDE
Nettoyant Désinfectant prêt à l'emploi pour surfaces hautes, sans parfum, sans alcool séchage rapide
pulvérisateur de 750 ml
Marquage CE 0344, EN 1040, EN 1276, EN 13727, EN 1275, EN 1650, EN 13624, EN 13697, EN 14561, EN 14562, EN 14348, MSRA, NORO, HIV, HEPATITE B+C, E.COLI, H5N1, TBC

28/04/2009 : DriveClone 6 Express et DriveClone 6 Pro clonent, sauvegardent et restaurent votre PC et toutes vos données

Beaucoup d'entre nous ont déjà été confrontés à une perte de données ou à un plantage système dus à une panne, une suppression accidentelle ou encore à des virus, ce qui peut nécessiter une réinstallation de

programmes ou un formatage fastidieux du PC ! Avec la gamme DriveClone 6, Editions Profil propose de nouveaux outils de sauvegarde et de restauration fiables qui permettent de palier à une défaillance du système, de faire face aux risques de pertes de données ou encore de dupliquer un système vers un autre ordinateur.

DRIVE CLONE 6 PRO
CLONAGE • SAUVEGARDE
RESTAURATION • PROTECTION CONTINUE
DRIVE CLONE 6 PRO
Dupliquez vos informations essentielles !
• Clonage de disques durs et partitions
• Sauvegarde de l'intégralité du système
• Sauvegarde sélective de fichiers (e-mails, photos...)
• Transfert du système complet vers un nouveau PC
Restaurez-les en quelques clics !
• Restauration du système en cas de crash
• Restauration programmable du système
• Annulation d'une suppression de fichier
• Récupération de versions antérieures de fichiers
EDITIONS PROFIL

DriveClone 6 Express permet de cloner l'intégralité de votre ordinateur, ce qui inclut les données, les applications, la musique, les photos, les paramètres système, ainsi que le système d'exploitation. ***DriveClone 6 Express*** peut également créer une image exacte du disque dur ou d'une partition. L'image ainsi créée pourra être utilisée pour dupliquer des copies exactes de configuration complètes en quelques minutes suite à un sinistre informatique ou restaurer un ordinateur vers un nouveau matériel, identique ou différent.

DriveClone 6 Express ne nécessite aucune installation sur votre ordinateur, ni aucun espace sur votre disque dur et permet de créer un CD/DVD ou un périphérique USB bootable compatible aussi bien avec Windows qu'avec Linux.

DriveClone 6 Pro est une solution de sauvegarde et de récupération plus complète qui intègre des fonctionnalités telles que la prise d'image système, la sauvegarde complète du système, la sauvegarde de fichiers sélectionnés ou la sauvegarde incrémentale qui peut être entièrement automatisée.

DriveClone 6 Pro crée une partition sécurisée sur votre disque dur dans lequel il assure une protection permanente de vos données et de votre système afin de pouvoir les restaurer rapidement lorsque cela est nécessaire… Vous pouvez enregistrer vos sauvegardes sur différents supports (y compris sur un serveur FTP distant) ou sauvegarder des fichiers alors même qu'ils sont en cours d'utilisation (Open File).
Grâce à son nouveau moteur Win-Pe (Preinstallation Environment) qui s'exécute avant le chargement de Windows®, DriveClone 6 permet de restaurer dans un état fonctionnel une configuration défaillante, même si Windows® ne démarre plus.
La large compatibilité matérielle de DriveClone 6 Pro permet de plus de cloner des données, des partitions ou des configurations complètes et de les restaurer très rapidement sur des machines identiques ou différentes, fini les réinstallations interminables !

DriveClone 6 Pro dispose d'une interface conviviale et offre une protection simple à utiliser qui convient aussi bien aux particuliers, qu'aux entreprises et aux établissements scolaires.
« Complément indispensable à une bonne solution de sécurité, la gamme DriveClone propose des outils de sauvegarde/restauration simples et puissants qui apportent un niveau de sécurité supérieur, en protégeant l'ordinateur et les données des utilisateurs contre les défaillances système et la perte de données. Quelques clics suffisent pour sécuriser un environnement complet, système et données, et pouvoir le dupliquer ou le restaurer de manière automatisable, en toutes circonstances, même si Windows® ne démarre plus ! » déclare Florent Charles, Chef de Produit des Editions Profil.

DriveClone 6 Express et DriveClone 6 Pro sont disponibles immédiatement au prix conseillé de **29.95€ TTC** et de **49.95 € TTC** dans la plupart des enseignes nationales, ainsi que sur les principaux sites de vente en ligne. La gamme DriveClone 6 est également disponible en version OEM chez de nombreux revendeurs et partenaires indépendants.

HOPITAL SERVICE :

Très mobilisé pour proposer à ses clients des solutions optimales en matière d'hygiène, Hôpital Service s'engage au quotidien de part l'action

Les médicaments à statut particulier Edition 2009

Communication - Relations Presse - Martine Portnoé
Tél. 01 49 18 75 25 - martine.portnoe@ocp.fr
OCP RÉPARTITION S.A.S. - RCS Bobigny B 388 698 201 - DMC C0401-09 - **19/01/2009**

Des nouveautés permanentes motivent une actualisation annuelle de l'ouvrage **"Les médicaments à statut particulier" du Centre de Documentation OCP.**
L'édition 2009 vient de paraître comportant **50 médicaments supplémentaires** dont les règles de prescription médicale et de dispensation pharmaceutique sont clairement expliquées.

Au fil des **192 pages** sont répertoriés les textes règlementaires et sont présentés en **9 chapitres,** sous forme de tableaux synthétiques, mettant en exergue les points essentiels :

- Les médicaments à prescription restreinte et/ou d'exception
- Les stupéfiants et substances classées comme stupéfiants
- Les médicaments à prescription médicale spéciale
- Les hypnotiques et anxiolytiques
- Les médicaments dérivés du sang
- Les médicaments à délivrance gratuite
- Les médicaments destinés à l'IVG
- Les restrictions à l'exécution et à la délivrance des préparations magistrales
- Les essences pouvant servir à la fabrication de boissons alcoolisées.

L'ouvrage est complété par les coordonnées des laboratoires, par une liste d'adresses utiles et par un index des spécialités et substances.
Cette édition est pour la première fois diffusée par un partenaire reconnu, **Pharmathèmes Edition Communication** dans le cadre de sa collection les Guides de Pharmathèmes. Elle est disponible auprès de cet éditeur* et dans un réseau de librairies spécialisées**.
Une mise à jour régulière est effectuée **sur le site Internet POINT** dès le vote d'un décret ou d'un texte législatif, la parution d'une disposition spécifique ou d'une modification de règle de délivrance…
"Les médicaments à statut particulier" sont conçus pour une utilisation quotidienne très pratique dans le cadre de l'exercice des professionnels de santé, pharmaciens ou médecins.

* En adressant un chèque de 54 ? (49 € TTC + 5 € de frais de port) à l'ordre de Pharmathèmes, 17 rue Dupin 75006 Paris.
** Liste communiquée en appelant le 01 47 83 30 60.

OXITOU Spécial Hygiène

Hospitalière • Industrielle • Habitat

Oxitou Spécial Hygiène Médicale est un produit innovant, à l'efficacité testée dans plusieurs services hospitaliers et recommandé par le Laboratoire de Microbiologie, Hygiène et Epidémiologie Hospitalière du CHU de Marseille.

OXITOU Spécial Hygiène est sur la liste positive des désinfectants

- **Sa simplicité d'utilisation lui procure un large champ d'applications :**

Il désinfecte et assainit les locaux et équipements en milieu médical, hospitalier ou privé, les véhicules sanitaires (ambulances, SAMU…), ceux des pompiers ou de la police, ainsi que les salles d'eau, bureaux industriels & tertiaires, cabinets médicaux, dentaires, vétérinaires… climatiseurs individuels.

Propriétés : Bactéricide, fongicide, virucide, sporicide actif contre les **légionnelles** et les bacilles du charbon.

Une action à large spectre désinfectant et décontaminant.

BACTERICIDE : EN 1040-EN 1656 – EN 1276 (Staphylococcus aureus, Pseudomonas aéruginosa) **FONGICIDE** : EN 1275-EN 1650 (Aspergillus Niger- Aspergillus fumigatus – Candida albicans) **VIRUCIDE** : AFNOR T72180 – EN 14675 **Bactériophages :** EN 13610 – **SPORICIDE** : AFNOR T 72230

Actif contre les LEGIONELLES Pneumophila (NF : EN 1276) et les BACILLES DU CHARBON.
Actif même au cœur du biofilm.

Une totale sécurité d'utilisation : Totalement **Ininflammable**, non corrosif, sans solvant organique, utilisable sur tous types d'équipements et de matériaux.

Mode d'emploi : Produit à utiliser pur à la dose de 3ml/m² pour les surfaces et 7ml/m³ pour l'atmosphère

SNC JC & JC EURORECHERCHES 22 Rue Montgrand 13006 MARSEILLE
Portable : 06.09.60.82.75 - lionel.perrier@dbmail.com - Distribué par la Société BIO CONCEPT DISTRIBUTION

de ses équipes et l'application de ses bonnes pratiques à respecter et à aller au delà des seuils d'acceptabilité définis dans la règlementation ou les recommandations propres au secteur de la santé. **Hôpital Service intervient à différents niveaux et participe au quotidien à la lutte contre les infections nosocomiales :**

- La mis en place de protocoles clairs et fiables.
- Une véritable démarche d'innovations concrètes.

6 innovations Hôpital Service :

– mise en place de la désinfection par brouillard sec,
– utilisation de la microfibre,
– utilisation de la vapeur,
– utilisation de produits éco labellisés ou non classés,
– création de protocoles illustrés spécifiques au secteur de la santé,
– utilisation de matériels ergonomiques adaptés au secteur d'activité et permettant de diminuer la pénibilité

3 février 2009

Baxter International Inc. a annoncé aujourd'hui que le CHMP (Comité des médicaments à usage humain) de l'Agence Européenne du Médicament (EMEA) s'était prononcé positivement sur l'autorisation de la mise sur le marché de CELVAPAN, premier vaccin contre le virus H5N1 de la grippe aviaire (grippe pandémique) obtenu par culture cellulaire dans l'Union Européenne.
Cet avis positif précède l'homologation du vaccin prototype, permettant l'utilisation de CELVAPAN en cas de pandémie officiellement déclarée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'avis positif a été émis sur la base des résultats d'un programme de développement clinique très complet, notamment ceux d'un essai clinique de Phase III démontrant que des vaccins, préparés à partir de deux souches virales de H5N1 différentes, étaient bien tolérés et engendraient une réponse immunitaire fonctionnelle.
« Nous sommes très heureux d'avoir obtenu l'avis positif de l'EMEA pour CELVAPAN », a déclaré le Dr Hartmut Ehrlich, vice-président de l'unité R&D mondiale de la division BioScience de Baxter.
« Une nouvelle étape est franchie pour atteindre notre objectif : fournir un vaccin sûr et efficace pour protéger la population contre une éventuelle pandémie de grippe. »
Un vaccin prototype est identique au futur vaccin contre la grippe pandémique en termes de composition et de fabrication ; toutefois, comme la souche réelle de la pandémie est inconnue, le vaccin contient une souche grippale différente non encore circulante dans la population générale.
En cas de pandémie officielle, cette homologation permettra d'obtenir rapidement une autorisation pour le vaccin contenant la vraie souche pandémique grippale.
CELVAPAN est fabriqué sur cellules Véro selon une technologie exclusive Baxter, présentant différents avantages par rapport à la production classique sur oeuf. Le processus de fabrication.
Baxter à base de cellules Véro est plus rapide utilisant le virus sauvage « tel quel », alors que la production sur oeuf nécessite une modification préalable du virus pour qu'il puisse se développer. Le raccourcissement du délai de fabrication du vaccin est un aspect critique en cas de pandémie grippale.

Arik LELLOUCHE
arik.lellouche@wanadoo.fr

Gouvernance à l'hôpital : les amendements indispensables

un communiqué commun de la CMH et du SNAM-HP

Nous refusons une gouvernance de l'hôpital qui caporalise son organisation. Nous exigeons la prise en compte des amendements suivants, présentés aux pouvoirs publics :

1/ Sur la Commission Médicale d'Etablissement :
Le décret d'application concernant les prérogatives de la CME doit en définir les missions dans la continuité de celles qui prévalent aujourd'hui.
La CME, représentée par son Président, élabore le projet médical et est informée de son exécution.
Le découpage de l'hôpital en pôles d'activités qui est établi en lien avec le projet médical, reçoit l'aval du directoire à majorité médicale, ainsi que l'avis du Directeur de l'UFR Médecine dans les CHU avant sa mise ne œuvre.

2/ Sur les nominations :
La nomination des chefs de pôle se fait sur proposition du Président de la CME, représentant la CME, ainsi que du directeur de l'UFR dans les centres hospitalo universitaires.
La désignation des membres médicaux du directoire se fait sur proposition du Président de la CME, représentant la CME. le Chef de Pôle propose la nomination des praticiens titulaires ou contractuels à la nomination du Président du directoire, après avis de la CME.

3/Sur la contractualisation interne :
Le Président de la CME cosigne avec le Président du directoire les contrats internes avec les pôles sur la base du projet de pôle.
Le service, par spécialité médicale, reste la structure interne essentielle pour assurer la réalisation des projets médicaux au sein des pôles.
Cela signifie :
Que nous refusons la gouvernance du seul patron directeur.
Le chef d'établissement dispose d'un droit d'arbitrage ultime mais il doit s'appuyer sur les propositions, l'action et les engagements de la communauté médicale et de ses représentants.
Que nous exigeons le maintien du service parmi les structures internes tels qu'il était défini par les ordonnances de 2005. Il est l'unité de base qui fonde et rassemble les équipes médicales par spécialité. Il est un repère identifié et attendu par les malades dans leur parcours de soins. Il participe pour les jeunes internes à l'identité de la formation. Il participe à la notoriété des hôpitaux publics. Il doit permettre de doter les pôles d'une vraie cohérence médicale.
Que nous voulons un débat clarifiant les modalités des choix entrainant des suppressions d'emplois médicaux ou paramédicaux, lesquels ne peuvent être justifiés que par des réorganisations définies par un projet médical garantissant la qualité de prise en charge de tous les patients sur tous les territoires de santé.

François Aubart
Président de la CMH

Roland Rymer
Président du SNAM-HP

NB : Avant l'ouverture du débat sénatorial sur le projet de loi HPST, le bureau national de la CMH et le conseil d'administration du SNAM-HP ont appelé à l'union de la communauté médicale hospitalière autour de cette plateforme et demandé à leurs adhérents de participer de façon très déterminée à une manifestation à Paris - Tour Montparnasse, le 28 avril 2009.

Les exigences des conférences de CME

Les Commissions Médicales d'Etablissements (CME) des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU), des Centres Hospitaliers (CH) et Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) et l'ensemble de la communauté médicale hospitalière qu'elles représentent refusent solennellement la gouvernance telle qu'elle est organisée dans la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ».

Elles estiment qu'elle ne garantit pas la médicalisation de la prise de décision indispensable au fonctionnement normal et à l'efficience des établissements, au respect de l'éthique et des droits des malades, et au-delà au succès de la mise en œuvre de la loi.
Elles exigent que les chefs de pôle soient proposés par le Président de CME à la nomination du président du directoire.
Elles exigent que le Président de CME, au nom de la CME :
- propose à la nomination du président du directoire les membres du corps médical, pharmaceutique ou odontologique du directoire,
- élabore le projet médical (précisant l'organisation en pôles et, si nécessaire, en services) et en assure le suivi (dont l'affectation des ressources médicales aux pôles et services),
- cosigne avec le Président du directoire les contrats internes, intégrant le projet de pôle,
- propose avec le chef de pôle à la nomination du président du directoire les praticiens exerçant à titre libéral sur contrat.

Elles exigent que dans les CHU le Directeur de l'UFR soit impliqué dans toutes les décisions ayant un impact sur l'enseignement et la recherche notamment pour ce qui concerne la définition des contours des pôles et de leurs projets, et la nomination des chefs de pôles.

Faute de voir ces exigences satisfaites, les présidents de CME et les représentants élus de la communauté médicale cesseront à dater du 1er mai 2009 toute participation aux réunions locales, régionales et nationales impliquant aujourd'hui leur présence.

Pharmacie hospitalière : assez d'hypocrisie, un peu de courage !

par le Pr Philippe Arnaud, président du SNPHPU

A l'heure où se dessine une nouvelle réforme de la santé, et de l'hôpital en particulier, les grandes déclarations d'intention au sujet des territoires de santé, dont le noble objet est que le parcours du patient ne soit plus celui du combattant, semblent bien déconnectées du terrain coincé entre une réglementation utopiquement exponentielle et son application hétéroclite laissée à l'appréciation administrative locale. Hôpital vaisseau fantôme ou zone de non droit ?

Régulièrement le Conseil d'Etat annule les arrêtés tarifaires (voir en ce sens notamment CE, n° 298463, n° 305292) et il faut toute la sagesse de la Haute Juridiction pour maintenir en application les tarifs annulés, évitant ainsi un immense bazar tarifaire.
Promise de longue date, et malgré un enquête de l'IGAS, la marge de la rétrocession n'avait plus de définition réglementaire depuis le 1er décembre 2008 avant qu'un arrêté de dernière minute ne paraisse le 27 décembre...
La première liste d'habilitation à diriger un pole parue le 19 décembre dernier est un autre chef d'œuvre. Certains hôpitaux, voire ARH, ont choisi de ne pas transmettre les candidatures reçues pour 2008 (de quel droit ?) ce qui aboutit à la publication d'une liste qui ne veut rien dire. Quant aux candidatures pour 2009 ? Trop de technocratie la tue t'elle ?

Au beau milieu de juillet on nous annonçait que les prescriptions hospitalières exécutées en ville devraient comporter l'identification du prescripteur via son numéro RPPS. Pendant le débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 la parution du décret a même été confirmée. Ouf ! Il n'en est rien et une disposition votée par le parlement fin 2004 n'a toujours pas un début d'application fin 2008. Peut être un décret le 31 décembre pour une mise en œuvre le 1er janvier à peine le réveillon du nouvel an terminé ?

Le paiement des jours de RTT laissés au bon vouloir des directions d'établissement est un autre exemple de la légèreté avec laquelle notre statut risque de se déréglementer si nous ne veillons pas, même si nous devons admettre que les métiers et leur environnement évoluent et incitent à une adaptation pragmatique.

Et quand est-il des nombreux contentieux qui remontent chaque jour aux instances syndicales chargées de défendre les intérêts moraux et matériels des professions de santé. Le tribunal de grande instance d'Avignon a condamné cet été un pharmacien praticien hospitalier à temps partiel pour ne pas avoir dénoncé son administration qui imposait une ouverture à temps plein de la pharmacie à usage intérieur. Il est étonnant de remarquer que le directeur n'a pas été inquiété alors qu'il est responsable de l'organisation au sein de son établissement. Que dire de nos collègues harcelés par des potentats faisant fi du respect des plus simples règles élémentaires du droit du travail, faisant fi du respect du travail tout cours.

Ces combats de rue sont l'illustration qu'il vaut sans doute mieux passer sous silence les 140 000 hospitalisations provoquées par des accidents médicamenteux et les 13 000 décès annuels dont les causes sont certes multiples, typiques des systèmes complexes, mais qui sont pour beaucoup évitables. Hypocrisie ultime, il faut souligner que le problème est bien connu, repris par toutes les politiques de santé publique mais non effectivement réglé faute de financement ! Les directions hospitalières, sous le regard bienveillant de la DHOS, se cacheraient t'elles derrière la mise en place de Directions dites de la Qualité au détriment de l'application des strictes règles de base du Code de la Santé Publique !

Il faut cesser de croire que des mesures ponctuelles, comme changer une étiquette sur un médicament suffisent à garantir la sécurité indispensable à son usage ! Cette sécurisation relative à l'usage des produits de santé dans les établissements de soins s'inscrit dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, contrats signés entre le directeur de l'établissement de santé et le directeur de l'Agence régionale d'Hospitalisation. Or, le suivi de leur application dans ce domaine particulier est plus que laborieux !

Avant toute révolution de notre système de santé, l'arsenal législatif et réglementaire existant déjà, il convient qu'il soit appliqué sans réserve. Ces mesures à l'impact financier mineur exigent un courage politique sans faille au moment où une nouvelle loi dite « Hôpital – Patients » doit être examinée par le Parlement ! Le SNPHPU attend donc des différentes autorités sanitaires qu'elles affirment clairement leur engagement dans cette démarche. ■

Alcool, Tabac, Obésité : le compte n'y est pas !

par le Dr S.P., membre du syndicat des médecins inspecteurs de Santé Publique (SMISP)*

Un grave faux pas avec la liberté donnée aux alcooliers de communiquer sur Internet. Une grosse lacune sur les traitements de substitution antitabac. Le refus d'encadrer la pub télé qui alimente l'épidémie d'obésité chez les enfants. Franchement, le projet de loi HSPT n'est pas à la hauteur des enjeux de santé publique...

S'agissant de l'alcool, les principales dispositions contenues dans le projet de loi sont l'interdiction de la vente d'alcool dans les stations service après 18h, aux moins de 18 ans (sachant que, jusqu'à présent, seuls les plus de 16 ans avaient encore le droit d'acheter du vin et de la bière) et l'interdiction des ventes au forfait, type « open bar » ou « free bar » qui sont courants dans les soirées étudiantes sponsorisées par les alcooliers. Reste à savoir comment va-t-on- s'y prendre pour faire effectivement respecter ces interdictions…

Mais surtout, ces petites mesures prohibitives se payent en contre- partie d'une victoire importante pour les alcooliers : l'autorisation de communiquer librement sur Internet. Cette autorisation a été justifiée avec mauvaise foi comme un moyen nécessaire pour permettre aux petits producteurs de vin de faire leur promotion en France et à l'étranger, mais c'est évidemment faux : ce sont bien les grands alcooliers qui vont en profiter, dans un contexte de segmentation de l'offre en fonction des âges et des milieux sociaux où Internet permet justement de faire une communication ciblée et sophistiquée en direction des différents réseaux sociaux d'une manière très efficace. Entre ces interdictions de vente et l'autorisation de communiquer, on aboutit à une injonction paradoxale adressée aux jeunes, sur qui l'on reporte la charge de réguler eux-mêmes leur consommation.

Cette autorisation est une remise en cause de la loi Evin qui a de quoi satisfaire les alcooliers ! L'interdiction de vente aux mineurs, de son côté, satisfait leur stratégie d'image qui consiste à se présenter, comme les cigarettiers, comme des sociétés éthiquement responsables ne souhaitant pas vendre leurs produits aux mineurs. En réalité, on sait aussi que, chez les jeunes, l'interdiction renforce l'attractivité de ces produits.

La loi maintient en l'état le Conseil de la modération où le ministère de l'agriculture joue le rôle de premier pilote, défendant en priorité « les intérêts des viticulteurs » : c'est donc encore une victoire pour le lobby de l'alcool.

Enfin, le projet de loi ne prévoit pas de relancer la prévention ni de soutenir les acteurs associatifs qui en ont pourtant bien besoin. La combinaison de mesures d'interdiction sans dispositif de prévention constitue la pire des configurations, vouée à être inefficace et qui brouille le message. Un effort de prévention serait pourtant aujourd'hui plus que jamais indispensable.

En effet, il apparaît que la consommation d'alcool est en hausse inquiétante dans certaines couches de la population, pas seulement les jeunes mais aussi les adultes en situation précaire. Il s'agit d'une alcoolisation « défonce » plus que de consommation dans le cadre d'une convivialité sociale. La réaction des pouvoirs publics est faible, comme l'a montré l'initiative des Etats généraux sur l'alcool avec des jurys citoyens réunis en province et à Paris il y a deux ans, initiative qui n'a guère mobilisée le ministère de la santé, et en particulier le ministre de l'époque, Xavier Bertrand. Et au total, et en l'état, cette loi présenterait donc un bilan médiocre qui n'inverse pas la tendance.

Concernant le tabac, le projet de loi instaure une « mesurette » anecdotique : l'interdiction des cigarettes « bonbons ». Depuis deux ans, l'interdiction de fumer dans les lieux publics a permis d'accomplir un réel progrès sur le tabagisme passif. Mais on est loin du compte sur le tabagisme actif puisque, contrairement à l'idée optimiste que cette interdiction suffirait pour faire baisser la consommation, on s'aperçoit que la pause cigarette s'est banalisée au bureau, comme le rassemblement des fumeurs aux abords des cafés et restaurants. On peut regretter que cette mesure d'interdiction de fumer dans les lieux publics ait été prise par décret : elle valait bien une loi, mais sans doute a-t-on craint le lobbying pro-fumeur à l'Assemblée nationale…

Les dernières données du baromètre santé dont on dispose indiquent une baisse de la consommation chez les jeunes et les femmes. Mais elles remontent à 2007 au mieux, et certains signes laissent à penser que le tabagisme actif est remonté depuis. Face à cette situation, le projet de loi HSPT présente une lacune majeure : rien n'est dit sur les traitements de substitution. D'abord, ils sont insuffisamment remboursés (forfait annuel de 50 € pour un achat prescrit par un médecin), alors qu'à New-York, par exemple, on distribue gratuitement des patchs antitabac et des gommes de substitution et qu'en Grande-Bretagne, ces traitements sont presque intégralement remboursés, ce qui est évidemment important pour les fumeurs « accrocs » aux revenus modestes. Ensuite, ces traitements sont à la fois disponibles en vente libre et sur prescription médicale, ce qui rend leur statut ambigu et prouve que l'on se situe encore au milieu du gué vis-à-vis de ces produits dont l'intérêt est pourtant bien démontré scientifiquement.

Sur l'alimentation et la prévention de l'obésité, des propositions ont été faites pour une surveillance et une limitation de la pub télé en direction des enfants comme l'ont déjà décidé certains pays du nord de l'Europe. Ces propositions ont été rejetées au profit de l'élaboration d'une énième charte de bonne conduite… Cette défaite prouve la puissance du lobby de l'agro-alimentaire. On sait en effet que les sodas, friandises, céréales sucrées, etc. qui font l'objet d'une forte promotion publicitaire à la télé sont précisément au cœur de l'épidémie d'obésité chez les enfants, épidémie particulièrement sensible chez les enfants des milieux les plus modestes qui sont aussi ceux qui regardent le plus la télé… CQFD ! ■

** Ce pseudonyme est celui d'un médecin spécialiste de la prévention, tenu à l'obligation de réserve de par ses fonctions.*

Une "V11" haute couture

par Claude Marintabouret, Conseiller-médical
et Jean Pierre Graffin, directeur adjoint de l'ARH de Picardie

De prime abord, la nouvelle V11, utilisée pour décrire et tarifer l'activité hospitalière, effraie : un quasi-quadruplement du nombre de GHM qui passent de 800 à 2 300, une multiplication par plus de 8 (de 1 million à 8,8 millions) des couples GHM/CMA (co-morbidités associées), un réajustement tarifaire de nombreux GHS, des critères patients pour la surveillance continue, des nouveautés pour la liste en sus...

Claude Marintabouret

Jean Pierre Graffin

De plus, l'exercice 2009 sera une espèce d'année blanche, à nulle autre comparable ; d'abord parce que la nouvelle échelle tarifaire, avec sa mise en application le 1er mars, n'aura d'impact que sur 10 mois, ensuite parce que l'on augmente en même temps la part des ressources globalisées des hôpitaux avec un financement nouveau de la permanence des soins et de la précarité et une diminution en conséquence du niveau des tarifs (de l'ordre de 2,5 % à 3 %) ; une baisse est également annoncée, même si elle est beaucoup plus marginale, pour dégager les moyens utiles au financement des enveloppes MIGAC. Il faut également compter avec la modulation possible du taux de convergence. Enfin, avec la refonte complète des tarifs des GHM, la formulation de prévisions d'activité et donc de ressources financières à partir d'un « moulinage » des données les plus récentes s'avère très compliqué et incertain.

On a donc envie de s'insurger contre ce délire technocratique et on s'inquiète pour l'avenir. Jusqu'où va-t-on aller ? Comment établir des prévisions fiables d'activité et assurer le pilotage d'une institution quand les bases d'évaluation sont, chaque année, remaniées ?

Tempérons cette indignation : il faut d'abord rappeler que la mise en œuvre de la V11 répond à une revendication des responsables hospitaliers et des professionnels de santé. Souvenons-nous de l'époque, en 2004, où nous chantions les louanges de la T2A qui était censée dynamiser les établissements et récompenser les plus performants. Mais que constatons-nous aujourd'hui ? Ce sont justement les établissements à la pointe des technologies et aux durées de séjour les plus courtes (il faut par là désigner principalement les CHU et les gros CHG) qui accusent les déficits les plus importants. Il a pu ainsi être facilement démontré qu'il n'y avait pas de parallélisme strict entre la progression de l'activité en volume (généralement supérieure aux moyennes nationales dans les établissements importants) et sa valorisation en ressources. D'où le reproche justifié que les anciennes échelles de coûts étaient devenues largement obsolètes du fait de l'évolution des techniques médicales et des modes de prise en charge.

De ce point de vue, il faut bien le reconnaître, la nouvelle V11 apporte des bouleversements majeurs et bienvenus :

D'abord, on renonce définitivement à disjoindre et séparer public et privé avec l'élaboration d'études de coûts distinctes. Désormais, il n'y a qu'une échelle nationale des coûts, commune aux deux secteurs (public et privé) et basée sur une même méthodologie. Méthodologie commune ne signifie cependant pas tarifs identiques, ceux applicables au privé n'intégrant pas, en particulier, les honoraires des praticiens. Le rapprochement des financements des deux secteurs s'accélère néanmoins et il faut considérer que chaque partie doit y trouver intérêt, en garantissant saine émulation et clarté et transparence des débats.

Ensuite, c'est une impulsion qui semble décisive en faveur du développement de l'activité ambulatoire avec la suppression de la CM 24. Il faut bien le reconnaître, cette CM 24 était devenue un vrai fourre-tout depuis qu'elle avait été étendue aux séjours de moins de 48 heures (intégrant donc une nuitée). Cette extension avait conduit à entretenir une fausse activité ambulatoire, peu performante, dont le niveau était trompeur pour les gestionnaires et qui surtout était particulièrement coûteuse pour l'établissement (il est en effet évident que la ressource modeste allouée, de l'ordre de 600 € pour un séjour médical, ne pouvait couvrir les charges afférentes à des personnels de nuit). Désormais, les choses sont claires des GHM en T pour les séjours médicaux de courte durée. Ces nouveaux GHM ne comportent que des séjours de zéro jour (sans nuitée). Les tarifs sont de plus une nouvelle fois rapprochés de ceux de l'hospitalisation classique. Ce nouveau classement devrait avoir un impact radical, d'abord financier et organisationnel mais avant tout au bénéfice du patient. Il s'agira en effet d'organiser la prise en charge du malade avec un maximum d'efficacité, sans délai ni temps mort et en suivant des procédures strictes. De cette façon, les établissements français devraient parvenir à combler assez rapidement leur retard en matière de chirurgie ambulatoire.

C'est également l'introduction d'une plus grande transparence et équité avec la notion de racine de GHM et de quatre niveaux de sévérité, en remplacement des GHM avec CMA et CMAS. Il faut bien le reconnaître, l'ancien système des co-morbidités associées commençait à générer des inégalités entre établissements en fonction du zèle ou de la prudence des codeurs, avec un impact financier important. Les conditions de classement sont désormais précises et sans ambiguïté. On a maintenant des groupes médicaux plus homogènes avec la création d'une centaine de nouvelles racines de GHM ; ces nouvelles racines permettent en particulier de mieux segmenter les racines chirurgicales sur la notion de pathologies « froides » ou « chaudes » et d'augmenter les racines « moins de 18 ans », en général pour mieux les valoriser ; la liste des CMA a par ailleurs été totalement révisée et actualisée. Dans ce cadre, chaque résumé est classé dans une racine de GHM puis dans un niveau de sévérité. L'attribution de ce niveau de sévérité dépend elle-même de plusieurs critères stricts, notamment une durée de séjour minimale pour chaque niveau et l'existence d'un code de la liste des complications et co-morbidités associées. L'une des conséquences majeures de l'introduction de ces niveaux de sévérité, c'est bien sûr la révision de la définition des bornes basses bordant les « pleins tarifs » GHS. Ces bornes, dès qu'elles étaient franchies, pouvaient avoir des effets très pénalisants avec des moins-values de recettes importantes. Les nouvelles dispositions offrent plus de visibilité et incitent tout à la fois à l'optimisation de la DMS et à la prise en charge de patients lourds. Tout ce système peut sembler bien compliqué mais il est en fait très précis et garantit surtout une plus grande équité dans le codage de l'activité.

De ce souci de clarification, témoigne également la redéfinition du diagnostic principal. Le diagnostic principal (DP), c'est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale. Cela signifie que le diagnostic principal ne peut plus

jamais, comme cela pouvait être le cas dans l'ancien système, être un problème de santé inexistant lors de l'admission dans l'unité médicale et apparu au cours du séjour. Au diagnostic principal, et lorsque celui-ci n'y suffit pas, peut toutefois être associé un diagnostic relié (DR) permettant de mieux rendre compte de la prise en charge médico-économique du patient.

Au total, cette nouvelle V11 se révèle donc beaucoup plus précise et mieux adaptée aux nouvelles thérapies et prises en charge. Faut-il donc redouter sa mise en œuvre ?

Pour les personnels chargés du codage, un effort d'adaptation va bien sûr être nécessaire mais sans doute moins important que celui redouté. La V11 apporte certes des bouleversements majeurs dans la liste des CMA et les résultats de groupage. Elle change aussi un peu la définition du diagnostic principal et quelques règles de codage. Mais, de manière plus essentielle, elle ne modifie pas le recueil des données, les nomenclatures de référence et la définition des diagnostics associés.

Pour les gestionnaires hospitaliers, en revanche, les choses sont moins évidentes. La combinaison de la V11, de la nouvelle grille des tarifs, des nouvelles MIGAC (précarité, astreintes), de la révision de la définition des bornes basses, de la limitation du supplément surveillance continue aux cas les plus lourds rend évidemment l'exercice prévisionnel très compliqué. Surtout, les premières simulations effectuées se traduisent par des résultats mitigés. Il n'est finalement pas sûr que les CHU tireront le mieux leur épingle du jeu. Les gros CH (anciens CHG) semblent plus avantagés. De plus, le poids relatif des activités cliniques peuvent entraîner des écarts à la baisse (chirurgie) ou à la hausse (médecine).

Il ne faut enfin pas oublier que les tarifs ne sont pas tous l'exacte traduction économique de l'échelle nationale des coûts. Certains tarifs, dits tarifs repères, sont en effet majorés pour la mise en œuvre des politiques de santé publique : le cancer, les soins palliatifs, les activités lourdes (craniotomies, transplantations…), la périnatalité, la chirurgie ambulatoire.

Il faudra donc un certain temps, en 2010 en réalité, avant de mesurer et maîtriser la pleine incidence de la V11 ; en tous cas, le produit aujourd'hui livré ne manque pas d'impressionner par sa cohérence et sa sophistication. Vraiment, un travail de haute couture. ■

LE DÉBAT SUR LE PROJET DE RÉFORME «L1-SANTÉ»

Le déploiement de nouveaux moyens pédagogiques au bénéfice des étudiants

par le Pr Michel Brazier, doyen de la faculté de pharmacie d'Amiens, président de la Conférence Nationale des doyens des facultés de harmacie et Jean Pierre Graffin, directeur adjoint de l'ARH de Picardie

Depuis environ dix ans, une réflexion est portée sur la première année universitaire conduisant aux études de Santé afin de proposer une alternative au gâchis humain très important observé pour la filière médicale principalement mais aussi pour la filière Pharmacie.

Les taux d'échec, considérés comme très élevés au regard du nombre de candidats sélectionnés pour la deuxième année de chaque filière, pourraient être diminués par une orientation plus précoce des étudiants vers d'autres formations, notamment les filières scientifiques et les filières paramédicales.

Dès le début des années 2000, la commission Debouzie, du nom du président de l'Université de Lyon I qui avait en charge la mission de réflexion sur la sélection aux études de Santé, envisageait d'intégrer dans une première année santé, une majorité des métiers de la santé (quinze métiers environ, notamment ceux à numerus clausus, étaient concernés). Cependant ce périmètre large n'avait pas permis l'élaboration d'un programme cohérent pour définir l'accès à des métiers nécessitant des pré-requis scientifiques aussi différents, depuis ceux qui sont exigés pour les études médicales ou pharmaceutiques jusqu'à ceux qui sont demandés pour les formations paramédicales de niveau Bac +2 ou +3. Les conclusions des travaux de cette première commission a fait l'objet d'un rapport remis au Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche en 2003. L'obligation faite par le Ministère à la commission pédagogique d'inscrire les formations de santé dans un schéma LMD a relancé la réflexion sur une première année commune. En effet, le nouveau dispositif d'organisation des formations a été mis en place dans les universités en 2004, la commission Thuilliez a été constituée en 2006 pour définir les modalités d'intégration des formations pharmaceutique et médicale (pour les filières de médecine, odontologie et maïeutique) au système LMD. Un rapport a été remis au ministre en juillet 2006, puis chaque filière a travaillé sur son propre schéma LMD.

Plus récemment, en 2007, les difficultés rencontrées au cours du déroulement des « concours » de première année dans les facultés de médecine, a incité la ministre à proposer une nouvelle mission de réflexion sur la première année des formations médicales ouvrant aux études de médecine mais également d'odontologie et de maïeutique. Cette mission, confiée au professeur Jean François Bach, a rapidement évoqué, sur les bases des conclusions de la commission Thuilliez, la nécessité de mettre en place une première année santé permettant la sélection des étudiants souhaitant intégrer les principales formations de santé, médicales ou pharmaceutique, ce périmètre restreint au quatre principales formations en santé permettant ainsi de lever définitivement la difficulté de l'élaboration d'un programme commun. L'objectif de la mission « Bach » a été de préciser les modalités de cette première année Santé avec notamment l'orientation active des étudiants souhaitant s'inscrire dans une formation de santé, la possibilité pour les étudiants de présenter plusieurs concours, la réorientation précoce des étudiants en fin de 1er semestre et en fin de 2e semestre (les étudiants n'atteignant pas un niveau fixé au préalable ne seraient pas autorisés à poursuivre dans cette première année santé), et l'organisation de passerelles. D'autres points ont été envisagés en particulier l'accès aux études médicales des étudiants ayant reçu une formation littéraire.

Les doyens des facultés de pharmacie, au sein, de leur conférence ont largement débattu de l'opportunité de participer à cette L1 santé ; la Commission Nationale de Pédagogie des Etudes de Pharmacie en a fait de même, un consensus s'est dégagé pour associer la pharmacie au projet d'une première année avec un programme commun représentant 50 crédits, complété d'une unité d'enseignement spécifique à chaque filière pour 10 crédits, les crédits constituant des unités de compte de formation attribuées en fonction des heures de formation reçues dans les différentes unités d'enseignement.

Dans un premier temps, l'élaboration du programme commun a été confiée à une intercommission des commissions de pédagogie de chaque filière, ainsi plusieurs membres de la commission de pédagogie des études de pharmacie ont participé aux travaux de cette dernière. Par ailleurs chaque commission de pédagogie a élaboré le programme de son UE spécifique, une concertation en intercommission a permis de proposer un certain degré de mutualisation entre les UE spécifiques pour faciliter la présentation de plusieurs concours par les étudiants.

L'objectif de cette réforme concerne principalement la lutte contre l'échec en première année, elle s'inscrit dans le plan réussite en licence. Pour cela elle vise à rendre plus lisible l'accès aux formations de santé, ainsi elle devra s'accompagner d'une « universitarisation » progressive des formations paramédicales associant passerelles et équivalences. Elle vise égale-

ment, pour les étudiants qui n'ont pas toutes les aptitudes à entreprendre des études de santé, à permettre une réorientation vers les formations en sciences de la vie, sciences de la matière, également vers les sciences mathématiques. Cependant le programme proposé initialement par l'inter-commission ne semblait pas adapté pour favoriser ces réorientations. Ainsi un dernier groupe conduit par le professeur François Couraud, Chargé de mission auprès du Directeur de l'Enseignement Supérieur s'est penché sur la structuration du programme de cette première année. Plusieurs modifications et une meilleure répartition des UE entre les deux semestres ont été suggérées par le « groupe de travail Couraud » pour définir un programme aujourd'hui officialisé par une circulaire. Le premier semestre est constitué de quatre UE pour 30 crédits au total constituant une base scientifique indispensable à la poursuite des études en santé, le deuxième semestre présentant quatre UE orientées vers la santé pour 20 crédits au total, et complétée par une UE spécifique pour 10 crédits.

La première année Santé s'inscrit dans la nouvelle organisation de l'offre de formation universitaire, la logique de filière étant abandonnée au cours de la première année. A la suite des classements aux différents concours, les étudiants feront le choix de la filière vers laquelle ils souhaitent s'orienter. Pour faire ce choix, ils auront reçus au préalable une large information sur les métiers offerts par chacun des diplômes, ainsi que sur la formation proposée pour acquérir les compétences permettant d'exercer les différents métiers. Les étudiants auront l'avantage de présenter plusieurs « concours », et s'ils échouent ils pourront se réorienter plus aisément. Ainsi quatre classements distincts seront effectués sur la base de coefficients affectés à chaque UE et sur la base de l'UE spécifique, les étudiants auront aussi la possibilité d'un droit au remord leur permettant de changer de filière. Dans ce sens la première année sera intégrée dans une licence des sciences de la santé qui comprendra plusieurs parcours sur le principe du schéma du LMD, ce processus d'intégration au LMD des formations de santé étant programmé dans la continuité.

La mise en place de la première année santé sera organisée par mutualisation des moyens humains, matériels et logistiques des établissements universitaires et notamment ceux des facultés. Elle obligera le déploiement de nouveaux moyens pédagogiques, elle nécessitera des aides spécifiques notamment pour faire face au nombre d'étudiants à accueillir simultanément dans une même année de formation. La réussite de cette réforme proposée aux bénéfices des étudiants repose en grande partie sur la capacité des enseignants-chercheurs à s'investir et à innover sur le plan de la pédagogie, également à travailler avec des collègues issus d'autres formations. ■

Le débat sur le projet de réforme «L1-santé»

Pourquoi nous sommes contre la fusion ?

par Raphaël Gigliotti,
vice-président de l'association des étudiants en pharmacie de France

Le monde de la Santé est amené à évoluer de façon permanente. Les professionnels de santé dont les pharmaciens font partie doivent bien entendu s'adapter à ces évolutions et permettre d'assurer un service adéquat aux patients. C'est au niveau des études que doivent commencer ces adaptations de la profession, nous en sommes tous conscients, professionnels et étudiants. Malheureusement, certaines propositions d'adaptation sont inacceptables car ne permettent pas une réelle avancée pour les professionnels de la santé.

C'est le cas aujourd'hui : une réforme visant, dans un premier temps, à régler les problèmes rencontrés principalement au cours de la première année de médecine est en cours de débat au niveau du parlement. Ce texte prévoit la mise en place d'une « L1 Santé commune » regroupant les étudiants souhaitant se destiner aux métiers de pharmacien, médecin, sage-femme et dentiste.

Nous, étudiants en pharmacie, nous sommes (et restons) opposés à la mise en place de cette première année commune aux quatre filières concernées. En effet, nous estimons que plutôt que d'améliorer notre système d'études, elle va entrainer une dégradation de la pédagogie existant actuellement lors de notre première année. Comment envisagez-vous pouvoir accompagner les étudiants dans des groupes de TD (Travaux Dirigés) dépassant la centaine d'étudiants ? Nous n'avons aucune assurance que ces groupes pourront rester en nombre raisonnable ; nous n'avons d'ailleurs pas d'assurance non plus quant au volume horaire de TD qui sera proposé dans cette L1 Santé.

Cette démarche a été qualifiée par le ministère dans un premier temps de conservatisme alors même que la volonté des étudiants était, et est toujours, de reformer les études actuelles et tout particulièrement l'arrêté qui les régit (datant pour sa première version de 1987) vers un système prônant une intégration au système LMD (Licence Master Doctorat). Encore une fois nous souhaitons que cette refonte des études soit en totale adéquation avec notre futur métier de pharmacien.

Ensuite il nous a été reproché une certaine forme de corporatisme, alors que bien au contraire nous soutenons vivement cette idée forte de la mise en place d'une culture commune des futurs acteurs de santé. Toutefois nous ne pouvons envisager la possibilité de partager des connaissances dans un contexte tel que celui d'une première année commune de santé avec concours, au moment où règne une ambiance déplorable dans certains amphithéâtres de PCEM1.

Nous pensons qu'il est utile et même nécessaire de partager des connaissances avec les autres acteurs de santé, mais dès lors qu'il y a matière à partager ! En effet, une mutualisation de certains cours, dans les années supérieures, serait une réelle avancée dans les études de santé. Les étudiants travailleraient conjointement sur des commentaires d'ordonnances ou des cas cliniques conçus de manière à ce que chaque filière de santé puisse apporter son savoir acquis notamment lors des premières années. L'objectif général n'est-il pas d'unir tous les professionnels afin qu'ils travaillent ensemble pour la qualité des soins et le bien du patient ?

Enfin et contrairement à ce qui est annoncé cette réforme n'est en rien une solution aux « gâchis humains ». On veut en effet nous faire croire qu'empêcher un étudiant ayant des résultats trop faibles de s'inscrire de nouveau dans cette L1 Santé sera une avancée. Il nous est expliqué que la réorientation en sciences ne sera pas une obligation mais imaginez bien qu'un étudiant à qui on interdit l'accès à la L1 Santé et à qui on conseille fortement l'entrée en L1 Sciences suivra cette réorientation. En quoi le fait d'envoyer un nombre massif d'étudiants vers la filière Sciences va résoudre la problématique d'échec ? Ces étudiants se retrouveront en échec mais dans une filière différente de celle de santé. Nous dénonçons ces méthodes.

Nous tenons donc à réaffirmer notre position concernant cette L1 Santé : elle ne remplira en aucun cas les missions qui lui sont proposées et nous craignons que très vite on voit apparaître un véritable chaos dans cette L1 Santé. ■

ENFERMEMENT DES MALADES MENTAUX : MOINS DE PASSION, PLUS DE RAISON !

un entretien avec Norbert Skurnik,
secrétaire général de l'Intersyndical de Défense de la Psychiatrie Publique (IDEPP)

Officiel santé : Les médias ne sont pas avares de faits divers illustrant la dangerosité des malades mentaux, et les pouvoirs publics reprennent la balle au bond en disant vouloir changer la législation sur le sujet… quelle est votre analyse de la situation présente ?

Norbert Skurnik : Nous ne pouvons pas accepter cette mise en avant de la dangerosité sociale des malades mentaux, surtout de la part des pouvoirs publics qui se devraient, normalement, d'être pédagogues et de calmer le jeu. Ces dernières années, il s'est produit deux drames provoquant deux morts à Pau en 2004 et un mort à Grenoble en 2008. Ces meurtres ont impliqué deux schizophrènes… sur un total de 600 000 schizophrènes soit 1 % de la population en France, et sur combien d'autres assassinats commis durant cette période dont on a beaucoup moins parlé ? C'est pourquoi, cela ne justifie pas, pour nous, les déclarations inadéquates du Président de la République qui promet de nouvelles mesures pour « protéger la population » en « durcissant » les conditions d'enfermement de ces malades. Depuis deux ou trois ans, nous déplorons la pression continue des politiques pour un tel durcissement. Ainsi, en 2006, le projet de loi sur la délinquance intégrait un alinéa sur l'hospitalisation sous contrainte qui a heureusement été retiré.

O.S. : Vous êtes donc pour un statu quo ?…

N. B. : Non. Fin 2006, 25 associations de professionnels, de familles et de directeurs de centres se sont mises d'accord sur les aménagements à apporter à la loi de 1990 qui prévoyait d'ailleurs une évaluation quinquennale. Nous préconisons en particulier la possibilité d'un traitement sous contrainte en ambulatoire. Il a été question d'adopter cette réforme par ordonnance, le Conseil constitutionnel a annulé la procédure d'ordonnance et nous avons réactualisé nos propositions en 2007, mais les choses n'ont pas avancé depuis, et nous le regrettons…

O.S. : Sur le fond, où se situe le débat sur cette question de l'enferment ?

N. B. : L'enfermement psychiatriques est une nécessité clinique, sociétale et juridique dans la mesure où le comportement d'un malade représente un danger pour lui-même et pour la société. Une fois posé ce principe, se posent deux questions. Qui faut-il enfermer et dans quelles conditions ? Pendant le Moyen Age, on a mélangé le cas du criminel et du malade mental. La « peur du fou » a entraîné la population à une demande excessive d'enfermement par rapport à la dangerosité de la plupart des malades. Dans les années soixante-dix, il y a eu un retour de balancier, les milieux progressistes développant un discours critique sur la « flichiatrie » et reprochant un excès d'enfermement. Cela a abouti à la loi de 1990, corrigeant celle de 1938, et instaurant en particulier des conditions rigoureuses pour empêcher l'internement arbitraire. Comme je l'ai dit, nous sommes favorables à rester dans le cadre général de cette loi, en lui apportant quelques aménagements nécessaires. Nous attachons en particulier une grande importance symbolique à ce que la maîtrise de ce dossier reste entre les mains du ministère de la santé, et ne passe donc pas au ministère de l'Intérieur. ■

La Dispensation Journaliere à Délivrance Robotisée (DJDR)

par Mohamed Diallo, Sylvie Djoussa-Kambou, Laurence Pélamourgues, Michel Guizard
(service pharmacie du CH de Meaux)
Dr Xavier Dode, Pr Gilles Aulagner (service pharmacie du GH EST - Hospices Civils de Lyon)
Etienne Cousein, Amélie Pruvost, Marie-Agnès Urbina (pharmacie centrale du CH de Valenciennes)

Ce dispositif, expérimenté dans trois hôpitaux en France, représente une piste pour sécuriser le circuit du médicament.

A l'hôpital, le circuit du médicament est encadré par plusieurs textes (Arrêté du 31 mars 1999 [1], Décret sur le contrat de bon usage [2], Certification [3]…) qui ont pour vocation d'améliorer la qualité et la sécurisation du circuit du médicament hospitalier. Parmi ces textes, le Contrat de Bon Usage incite les établissements à informatiser le circuit du médicament et à développer la dispensation à délivrance nominative par la pharmacie. La dispensation pharmaceutique des médicaments est définie par l'association d'une analyse pharmaceutique de la prescription et d'une délivrance nominative des médicaments, associée elle-même à une information sur les médicaments. L'analyse pharmaceutique des prescriptions donne lieu à des propositions d'optimisation thérapeutique vers le prescripteur et des conseils pour la bonne utilisation des médicaments vers l'infirmier(e). Dans ce contexte, 3 hôpitaux ont décidé d'investir dans de nouvelles technologies dont la robotisation de la délivrance nominative des médicaments fait partie. Le premier site équipé de robot de la société Swisslog est le centre hospitalier de Meaux. Cette organisation a été mise en place, dès 2005, pour l'ouverture de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) du nouveau centre pénitentiaire, d'une capacité de 850 détenus. Une moyenne de 500 patients détenus sont traités. Chaque jour ouvré, pour 100 patients détenus, le robot délivre 7 jours de traitement (dispensation hebdomadaire) soit l'équivalent de 700 patients/jour. Le second établissement est le Groupement Hospitalier Est aux Hospices Civils de Lyon (H.C.L) qui est un établissement de 1 300 lits de court séjour (cardiologie, neurologie, chirurgie, cardiaque, neurochirurgie pneumologie, endocrinologie, pédiatrie, gynécologie…) en cours de montée en charge dont 180 lits, sur les 950 prévus, bénéficient à ce jour de ce circuit. Enfin l'hôpital de Valenciennes environ 2 000 lits dont plus de la moitié en court séjour. En cours de montée en charge avec un objectif de 600 lits (MCO, hébergement, UCSA) pour l'année 2009.

Cette Dispensation Journalière à Délivrance Robotisée (D.J.D.R) place ces 3 hôpitaux comme des centres hospitaliers innovants puisqu'en France seuls trois hôpitaux sont actuellement dans cette démarche sur des lits de court séjour. Les résultats de ces premières implantations sont donc regardés avec attention, même en dehors de nos frontières. L'objectif général de la D.J.D.R est d'optimiser l'organisation du circuit du médicament afin de s'assurer que les bons médicaments sont prescrits, dispensés et administrés au bon patient, au bon moment, avec un rapport bénéfice-risque optimum pour le patient. Des environnements informatiques propres à chacun de ces Hôpitaux (Pharma® de la société Computer Engineering pour Meaux, Cristal Net® pour les Hospices Civils de Lyon et Copilote dans l'attente du déploiement de Cerner pour Valenciennes) sont interfacés avec l'informatique Swisslog pilotant les robots.
Au niveau des robots, chaque médicament avec son conditionnement primaire est conditionné individuellement dans un sachet reprenant le nom du médicament (spécialité et la DCI), son numéro de lot et sa date de péremption. Chaque sachet bénéficie d'un code à barres unique permettant son identification et une traçabilité jusqu'au lit du patient. Les robots gèrent l'ensemble des formes galéniques : comprimé, gélule, sachet, ampoule, seringue, flacon injectable, patch… Ils n'imposent pas de déconditionner, permettent de conserver le conditionnement industriel, s'adaptent aux présentations en vrac et assurent une totale traçabilité industrielle du médicament. Le traitement d'un patient se présente sous forme de plusieurs sachets réunis sur un anneau. Ces sachets sont ordonnés entre eux selon l'heure de la prise médicamenteuse. Une étiquette récapitulative précisant *l'identité du patient, le code à barres patient, le numéro de la chambre, le nom du service, le nom des médicaments contenus, et les horaires d'administrations des médicaments* est présente sur chaque anneau. Aux HCL après validation pharmaceutique de la prescription, le robot prépare pour les 24 heures à venir, à un horaire fixe, le traitement nécessaire à la prise en charge de chaque patient. En fin d'après midi, les modifications et les traitements des patients entrants donnent lieu à la production d'anneaux complémentaires. Par ailleurs, le service dispose d'une armoire d'urgence contenant un stock de médicaments qualitativement important mais quantitativement limité. Cette armoire d'urgence devrait dans un futur proche bénéficier d'un réassort de la dotation pour besoins urgents à partir de sachets de médicament générés par le robot. Cela permettra en lien avec le module informatique infirmier de Cristal Net® d'assurer un sécurisation et une traçabilité des prises de médicaments par lecture code barre au lit du malade sur l'ensemble des médicaments. A Valenciennes, ces modifications sont prises en charge à partir d'armoires sécurisées Pyxis (Société Cardinal Health), directement dans les unités de soin. La cueillette est sécurisée par une ouverture automatique des tiroirs et la gestion de stock, prise en charge par des préparateurs de la pharmacie, est totalement informatisée. pour chaque service clinique, deux livraisons par jour sont donc assurées.

L'intérêt de la D.J.D.R. réside à plusieurs niveaux :
– Elle permet d'assurer une traçabilité des médicaments

1. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicament soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissement de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnées à l'article L. 595-1 code de la santé publique. (J.O. 1er avril 1999).
2. Décret n° 2005-1 023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale
3. HAS/ DACEPP/Service de l'accréditation/2005. Organisation du circuit du médicament en établissement de santé.

jusqu'au patient via le suivi des numéros de lots.

- Elle pose les bases d'un réel outil d'aide infirmier concernant l'identitovigilance et le contrôle des doses avant administration.
- Elle permet d'une part d'optimiser la gestion des stocks de médicaments dans les armoires de service et d'autre part d'éviter leur péremption. En effet s'ils ne sont pas utilisés, les sachets mis à disposition des services pour la prise en charges des patients sont retournés à la pharmacie quotidiennement et remis en stock dans le robot.

La D.J.D.R. permet de recentrer les infirmier(e)s sur des activités de soins. En effet, dans cette nouvelle organisation l'objectif est de supprimer les bons de commande, les temps consacrés au rangement des médicaments dans les armoires de soins et la préparation des piluliers : ce qui représente en moyenne 2 heures de temps infirmier par jour et par service. Ce temps dégagé permet une meilleure prise en charge du patient et contribue à améliorer l'image de l'hôpital.

Pour conclure cette nouvelle organisation permet :

- de sécuriser le circuit du médicament par une analyse pharmaceutique systématique des prescriptions avant l'envoi (transfert des données ?) au robot pour préparation des doses ; pour les 24 heures à venir.
- de recentrer les infirmiers sur les activités de soins en supprimant les activités liées au médicament concernant les commandes, le rangement et la préparation des piluliers.
- de conditionner les médicaments sous forme unitaire avec une identification rapide et unique de chacune des doses permettant une traçabilité jusqu'au lit du patient, au moment de l'administration.
- de supprimer les médicaments périmés tant à la pharmacie que dans les dotations d'urgences et de faire baisser de façon considérable les immobilisations financières liées au stockage de médicaments dans les armoires de pharmacie des services gérés en délivrance globale. ■

La Meilleure Solution : Appliquer les Regles Existantes

par le Pr Philippe Arnaud, président du SNPHPU

Un enfant est mort, une infirmière est en garde à vue. Et c'est tout le système qui est coupable...

Le SNPHPU est consterné par la mort d'un enfant de 3 ans, accident qui survient après de nombreux autres, et qui a conduit au placement en garde à vue de l'infirmière qui a administré le médicament et semble avoir fait « une erreur sur la nature du médicament à administrer, et non sur la dose ». C'est ainsi souvent le dernier maillon de la chaîne de soin qui est susceptible de commettre une erreur fatale.

Une enquête nationale a montré l'importance des évènements graves liés au médicament dont le nombre est de 3 à 4 fois supérieur à celui des évènements dus à des infections nosocomiales. Ces évènements indésirables gravés liés au médicament font plus de morts chaque année que ceux provoqués par les accidents de la route !

Les causes de ces évènements sont pluri-factorielles, typiques des systèmes complexes et bien identifiées ; pour s'en convaincre il suffit de lire les différents rapports d'inspection des autorités sanitaires voire d'accréditation - certification de la HAS !

Le problème étant bien connu il est repris par toutes les politiques de santé publique mais n'est pas effectivement réglé faute de financement ! Les directions hospitalières, sous le regard bienveillant de la DHOS, privilégient la mise en place de Directions dites de la Qualité, au mieux inopérantes, au détriment de l'application des strictes règles de base du Code de la Santé Publique !

Il faut cesser de croire que des mesures ponctuelles comme changer une étiquette sur un médicament suffisent à garantir la sécurité indispensable à son usage !

Cette sécurisation relative à l'usage des produits de santé dans les établissements de soins s'inscrit dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, contrats signés entre le directeur de l'établissement de santé et le directeur de l'Agence régionale d'Hospitalisation.

Or, le suivi de l'application de ces contrats, dans ce domaine particulier, est plus que laborieux !

Avant toute révolution de notre système de santé, il convient que les règles qui existent soient appliquées sans réserve. Ces mesures à l'impact financier mineur exigent un courage politique sans faille au moment où une nouvelle loi dite « Hôpital – Patients » doit être promulguée !

Le SNPHPU attend donc des différentes autorités sanitaires qu'elles affirment clairement leur engagement dans cette démarche. ■

Humeur

Un nouveau fléau s'abat sur les hôpitaux… Tagada, tagada, voilà les auditeurs !

Ils s'appellent Ernest & Old, Frice-Bather-Mouth-Scooters, Péninsule Gimini, De l'Ouate Touche pas à mon pote…

Après avoir montré leur grande compétence en certifiant les comptes d'Enron et Madoff, et malgré leur ignorance du domaine de la santé, ils « s'attaquent aux marchés des hôpitaux » (sic).

Ils arrivent, tous avec le même stéréotype, un senior, qui fait faire ses diapos par un junior, à partir d'un tableur Excell, magnifiquement manipulé par un stagiaire issu d'une grande école de commerce qui a fait faire son travail par des praticiens déjà débordés.

Ils sont capables, à partir de méthodologie indigentes, du moment que le payeur le demande, de démontrer que 3 = 30 (sic), qu'en prenant trois sens interdits et en brûlant trois feux rouges, on fera des économies ! Ou qu'en supprimant les gardes de senior, on opérera aussi bien les patients se présentant aux urgences.

Les présentations toujours brillantes mais pleines de sophisme sont souvent loin des documents écrits.

Seules les factures sont sérieuses, solides et de grandes valeurs et contribuent à creuser le déficit (artificiel ?) de nos hôpitaux publics.

Quelques questions :

- quel est le coût annuel cumulé de ces prestations pour nos hôpitaux publics ?
- qui tire bénéfice de ces trop nombreuses opérations ?
- les élèves de l'ENSP sont-ils formés aux techniques d'audit ?

Signé : Dr FautPasPrendreLesEnfantsduBonDieuPourdesCanardsSauvages…

(NB : Toutes ressemblances avec des faits existants ou ayant existés ne seraient pas purement fortuits)

4èmes RENCONTRES CONVERGENCES SANTÉ HÔPITAL

Le lieu d'échanges et de propositions des médecins et des pharmaciens sur l'hôpital public

Maladies chroniques et territoires de santé

PRÉ-PROGRAMME

23 - 24 - 25 septembre

Reims

Centre des congrès

ORGANISATION

CMH (Coordination Médicale Hospitalière)
Président : François AUBART

SNAM-HP (Syndicat National des Médecins des Hôpitaux Publics)
Président : Roland RYMER

SNPHPU (Syndicat National des Pharmaciens Praticiens Hospitaliers et Praticiens Hospitaliers Universitaires)
Président : Philippe ARNAUD

SNRPH (Syndicat National des Radiopharmaciens)
Président : Damien BRUEL

Bienvenue à Reims, la ville aux 1000 sourires...

Cette année vous avez rendez-vous avec Reims, ville d'Art et d'Histoire, une métropole fière de son glorieux passé, de son vignoble et ses champagnes ; un centre-ville imprégné à la fois de l'élégance des façades Art déco et de l'ambiance décontractée qui règne dans les rues et sur les terrasses de cafés, un programme de manifestations abondantes et variées, un environnement naturel où la verdure est reine...

Reims vous offre tous les attraits d'une grande ville résolument ancrée dans le 21e siècle, tournée en permanence vers l'avenir et qui mérite que l'on s'y attarde.
Puissante cité de l'Empire romain, ville deux fois millénaire, haut lieu du sacre de 33 rois de France, témoin de la réconciliation franco-allemande, Reims a été le théâtre de grands événements de l'histoire. Elle est renommée pour ses monuments, dont quatre sont classés au patrimoine mondial de l'UNESCO : la Cathédrale Notre-Dame, le Palais du Tau, la Basilique Saint-Rémi et l'abbaye royale Saint-Rémi (devenue musée d'histoire).
La présence de monuments ou de bâtiments élevés à des époques très différentes - Antiquité, Moyen Âge, périodes classique, moderne et contemporaine - permet aux visiteurs de parcourir, au fil des rues, deux mille ans d'histoire et d'architecture.
Marquée par les guerres puis érigée en symbole de paix, Reims possède un patrimoine militaire de premier ordre.
Vous pourrez aussi découvrir le Parc Naturel Régional, un joyau de nature constellé de villages viticoles charmants. L'âme de la Champagne est sans doute ici. Ou peut-être au cœur de ces petites églises romanes qui font le charme du Tardenois.
Reims, 12e ville de France - environ 200 000 habitants - riche de traditions et de savoir-faire séculaires, est également devenue une métropole régionale moderne et dynamique grâce à sa situation à la croisée de plusieurs itinéraires transeuropéens, à son économie très diversifiée et à son pôle d'excellence d'enseignement et de recherche.

Comité d'Organisation

Pr Pascal RATHELOT, Marseille
Dr François AUBART, Eaubonne-Montmorency
Dr Marie-Hélène BERTOCCHIO, Aix-en-Provence
Dr Valentine BREANT, Lyon
Dr Marie-Josèphe CALS, Paris
Dr Virginie DE BECO, Bobigny
Dr André ELHADAD, Aulnay
Dr Jean-Pierre ESTERNI, Toulon
Pr Moncef GUENOUNOU, Reims
Dr Virginie KORB, Paris
Dr Paul MEEKEL, Troyes
Dr Philippe MEUNIER, Tours
Dr Paul PASCALI, Châlons-en-Champagne
Dr Sylvie PRACCHIA, Martigues
Jean-Philippe BERTOCCHIO, Reims
Jenny LANCON, Reims

Comité Scientifique

Pr Christos CHOUAID, Paris
Pr Jean-Luc DIEHL, Paris
Dr Thierry DUFOUR, Orléans
Dr François FRAISSE, Saint-Denis
Pr Jean-Gérard GOBERT, Paris
Dr Michel GUIZARD, Meaux
Dr Yvan HALIMI, La Roche sur Yon
Pr Bruno HOUSSET, Créteil
Dr Philippe LAURENT, Pau
Pr Pascal LE CORRE, Rennes
Dr Martine MARCHAND, Paris
Dr Jean-Christophe PAQUET, Longjumeau
Pr Roland RYMER, Paris
Dr Norbert SKURNIK, Paris
Dr François STIERLE, Mulhouse
Pr Dominique VALEYRE, Paris

mercredi 23 septembre

matin

8h30 - 9h30 Accueil des participants

9h30 - 11h00 AG SNPHPU

9h30 - 12h00 Ateliers en sessions simultanées

Session Réanimation et Pharmacie FMC
Sécurisation du circuit du médicament en réanimation et aux urgences

Pr Gilles AULAGNER (HCL), Pr Philippe ARNAUD (Bichat, AP-HP), Dr François FRAISSE (CH Saint-Denis)

- La sécurisation du circuit du médicament : quelles étapes, quels objectifs ?
- Prescriptions connectées du médicament en Réanimation : exploitations et expertises par le Pharmacien.
- Automatisation de la gestion du médicament en service de Réanimation.
- Traçabilité de l'administration des médicaments en Réanimation. Le point de vue de l'IDE, du Réanimateur et du Pharmacien.
- Incompatibilités et interactions médicamenteuses en administration IV dans un service de Réanimation.
- Exportation de banques de données sur le médicament au lit du malade.

Session Biologie FMC
Biologie de l'allergie et des maladies autoimmunes

Pr Jean-Gérard GOBERT (Université Paris Descartes), Pr Moncef GUENOUNOU (CHU Reims), Dr Jocelyne JUST (Trousseau, AP-HP), Dr Remy COUDERC (Trousseau, AP-HP), Dr Nicole FABIEN (HCL), Dr Françoise BIENVENU (HCL), Pr Nathalie KAPEL (Pitié-Salpétrière, AP-HP), Pr Jean SIBILIA (CHU Strasbourg)

- Nouveaux outils d'exploration de l'allergie.
- La polyarthrite rhumatoïde : diagnostic biologique.
- Maladie coeliaque : diagnostic et surveillance du traitement
- Maladies auto-immunes : apport des biothérapies.

Session Chirurgie et Imagerie FMC

Pr André CHAYS (ORL du CHU de Reims), Dr Thierry DUFOUR (CH Orléans), Dr Alain SEGHIR (CH Cotentin), Dr François STIERLE (CH Mulhouse), Dr AFID TALHA (CHU Angers), Dr Bernard LENOT (CH Saint-Brieux)

- Les couples célèbres : chirurgien et radiologue : le mano a mano.
- Faut-il panser les blocs ?
- La chirurgie au féminin.
- La Techno Bloc Party : bruit en salle et chirurgie ; faut-il opérer en musique ?
- Tcherno Bloc : l'irradiation au bloc opératoire (les règles - surveillance médicale des personnels) : le grand bazar.
- Imagerie post-mortem.

mercredi 23 septembre

Session de Médecine Hospitalière FMC

Dr Jean-Pierre ESTERNI (CHIC Toulon La Seyne), Pr Dominique VALEYRE (Avicenne, AP-HP), Pr Christos CHOUAID (St Antoine, AP-HP), Dr Bernard LENOT (CH Saint-Brieux)

- Prise en charge complexe, l'exemple d'une maladie rare : la Sarcoïdose.
- Maladie cancéreuse : coordination autour d'un parcours de soins.
- Stratégie diagnostique dans la maladie thrombo-embolique.
- Education thérapeutique du patient athéromateux.
- Quelle place pour la médecine interne hospitalière ?

11h00 - 12h00 AG SNRPH

12h00 - 14h00 Inauguration de l'exposition et déjeuner dans les stands

après-midi

Maladies chroniques : le long fleuve pas toujours tranquille de la prise en charge dans les territoires de santé

Session coordonnée par Christian SAOUT (Président de la Conférence Nationale de Santé)

14h00 - 15h00
Symposium NOVO NORDISK Séance plénière
Evolution des stratégies thérapeutiques dans la prise en charge du patient diabétique de type 2

15h00 - 16h30 Ateliers en sessions simultanées

Diabète FMC

- Epidémiologie.
- Traitement : consensus, bon usage et éducation thérapeutique.
- Exploration du pied diabétique en médecine nucléaire.

Insuffisance respiratoire FMC

Pr Jean-François MUIR (CHU Rouen), Pr Etienne LEMARIE (CHU Tours), Pr Christos CHOUAID (St Antoine, AP-HP), Pr Bruno HOUSSET (CHIC Créteil), Pr Dominique VALEYRE (Avicenne, AP-HP), Dr Jean-Luc DIEHL (HEGP, AP-HP)

- Epidémiologie.
- Traitement : consensus, bon usage et éducation thérapeutique.
- Dispositifs médicaux pour aérosolthérapie.

mercredi 23 septembre

Insuffisance rénale chronique FMC

Pr Philippe RIEU (CHU Reims), Dr Laurence PIERONI (Pitié-Salpêtrière, AP-HP)

- Consensus et bon usage.
- Prise en charge intégrée du patient insuffisant rénal chronique.
- Dispositifs médicaux utilisés en dialyse et biocompatibilité.
- Biologie et insuffisance rénale chronique.
- Éducation thérapeutique.

Permanence et continuité des soins dans le territoire : soins des villes et soins des champs FMC

Pr Henri GUIDICELLI (Conseil National de la Chirurgie), Dr Philippe CART (CH Charleville-Mézières), Dr Eric TRAN (CHU Reims), Dr Christophe BURTIN (CH Bayonne)

- Plateaux techniques et pathologie médicale et chirurgicale d'urgence.
- Plateau technique d'imagerie territoriale.
- Psychiatrie.
- Réanimation à l'hôpital : clé de voûte de la continuité des soins ?
- Territoires et Centres de Références en Traumatologie : mythe ou obligation ?

Pharmacie hospitalière et menaces sanitaires graves FMC

Dr Nicolas COSTE (AP-HM), Dr Stéphanie SAHUC (AGEPS, AP-HP), Dr Corinne LOCATELLI (CHRU de Lille)

- Les équipes NRBC en Europe : revue des organisations dans les pays européens.

16h30 - 17h00 Pause

17h00 - 18h30 Séance plénière
Maladie chronique : le parcours du combattant du patient

Modérateur : Christian SAOUT (Président de la Conférence Nationale de Santé).

- Politique de l'HAS : Raymond LE MOIGN (HAS, Directeur de l'Accréditation et de la Certification).
- Rapport coût/évolution prévisionnelle : un représentant de l'Assurance-Maladie.

Médecin généraliste : Martial OLIVIER-KOEHRET (Président de MG-France)
Pr Roland RYMER (Lariboisière, AP-HP), Pr Philippe ARNAUD (Bichat, AP-HP)

jeudi 24 septembre

matin

Séances plénières

8h00 - 9h00 Communications orales courtes
Modérateurs : Pr Pascal LE CORRE (CHU Rennes), Dr Michel GUIZARD (CH Meaux)

9h00 - 9h20 Ouverture du Congrès
Pr Philippe ARNAUD (SNPHPU), Dr François AUBART (CMH), Dr Damien BRUEL (SNRPH), Pr Roland RYMER (SNAM-HP)

9h20 - 10h00
Conférence de Prestige
Jean LEONETTI* (Député, rapporteur de la loi Droit des malades et fin de vie)
Arnold MUNNICH* (Conseiller du Président de la République pour la recherche biomédicale et la santé)
*Sous réserve de confirmation

10h00 - 10h30 Pause

10h30 - 12h00 Allocutions officielles
Allocution du Ministre de la Santé et des Sports

12h00 - 13h00
Symposium BOEHRINGER-INGELHEIM Séance plénière
Les nouvelles perspectives dans l'anticoagulation

13h00 - 14h30 Déjeuner dans les stands et visite de l'exposition

jeudi 24 septembre

après-midi

Le complément d'enquête **Séances plénières**

Pour chaque thème : investigation rendue par un film de 10 mn réalisé par des journalistes professionnels. Avis de l'auditoire (boîtiers électroniques) - Débat - Nouvel avis de l'auditoire (boîtiers électroniques)

14h30-16h00

Sécurité des soins :
problème de moyens ou question d'organisation ?

Modérateur : Dr François AUBART (CMH).
Annie PODEUR (Directrice de la DHOS), Pr André GRIMALDI (GH Pitié-Salpétrière, AP-HP)

Comment faire rester un jeune médecin et un jeune pharmacien à l'hôpital public ?

Modérateur : Pr Roland RYMER (SNAM-HP).
Pr Pierre CORIAT (Président de la CME de l'AP-HP), Dr Raphaël GAILLARD (Président de l'Intersyndicat National des Chefs de Clinique-Assistants des Hôpitaux de Villes de Faculté)

16h00-16h30 Pause

16h30-18h00

2 000 réunions par an dans un hôpital !
La régulation fonctionne-t-elle toujours ?

Modérateur : Pr Philippe ARNAUD (SNPHPU).
Gérard VINCENT (Fédération Hospitalière de France),
Philippe BURNEL (Fédération de l'Hospitalisation Privée)

Hôpital public et clinique privée :
les nouvelles modes de sélection des malades

Modérateur : Christian SAOUT (Président de la Conférence Nationale de Santé).
Dr Michel HANNOUN (Président de la fédération UMP des métiers de la santé), un responsable santé du PS

vendredi 25 septembre

matin

8h00-9h00 Communications orales courtes

9h00-10h00 Ateliers en sessions simultanées

Efficience économique et éthique : T2A et Performance FMC

Dr François AUBART (CMH), Pr Pierre CORIAT (AP-HP), Benoît ELLEBOODE (Président de l'Intersyndicat National des Internes Hospitaliers), Denis DEBROSSE (Institut Mutualiste Monsouris), Pr André GRIMALDI (GH Pitié-Salpétrière, AP-HP), Pr Sadek BELOUCIF (Avicenne, AP-HP), Dr Michel GUIZARD (CH Meaux)

- Analyse économique et organisationnelle : rapport HAS 2008.
- Ethique et T2A : l'avis du Comité National d'Ethique.

Session Radiopharmacie FMC
Application des bonnes pratiques de préparation en radiopharmacie : périodicité des contrôles

Modérateurs : Dr Alice SALLES (CRLCC Rouen), Dr Sabrina HASSOUN (Bichat, AP-HP)

Session Pharmaciens des armées FMC
Quelle maquette pour les pharmacies des hôpitaux des armées et pour faire quoi ?

Xavier BOHAND (HIA Percy, Clamart), Catherine PAYEN (Direction Centrale du Service de Santé des Armées), David ALMERAS (HIA Val de Grâce, Paris), Patrick Le GARLANTEZEC (HIA Val de Grâce, Paris), Axel CARDE (Hôpital Clermont-Tonnerre, Brest), Gilles GRELAUD (HIA Desgenettes, Lyon)

- Enjeux : anticiper les évolutions et proposer des éléments concrets et rationnels aux « gestionnaires » du Service de Santé des Armées.
- Les ressources humaines des SPH dans le cadre du SNOS.
- Analyse des activités pharmaceutiques et besoins correspondants en ressources humaines.

10h00-10h30 Pause

10h30-12h00 Ateliers en sessions simultanées

Médecins et Pharmaciens à l'hôpital public : FMC
faut-il supprimer les statuts des personnels médicaux à l'hôpital ?

Danièle TOUPILLIER (Centre National de Gestion), Elie ABOUD (Député), Dr Bruno MANGOLA (CH Mâcon), Dr Jean-Luc CASTAING (CH Périgueux), Dr Marie-Hélène BERTOCCHIO (CH Montperrin)

vendredi 25 septembre

Session Biologie FMC
Biologie Médicale : quels changements, quel avenir ?

Dr Michel BALLEREAU (Conseiller des Etablissements de santé), Anne-Marie GALLOT (DGS), Line LEGRAND (DGS)
Pr Jean-Gérard GOBERT (Président FNSPBHU), Bernard GOUGET (Responsable Biologie à la FHF), Dr Claude GRASMICK (Président SNBH), Pr Jean-Luc WAUTIER (Président SNMB-CHU)

Session Psychiatrie FMC
La maladie mentale face au vieillissement

(organisée par le Syndicat des Psychiatres de Secteur et le Syndicat Universitaire de Psychiatrie)
Pr Patrick HARDY (CHU Bicêtre, AP-HP), Pr Frédéric LIMOSIN (CHU Reims), Dr Norbert SKURNIK (CH Maison-Blanche), Dr Sylvie PERON (CH Argenteuil)

Session Radiopharmacie FMC
Continuité des soins et permanence radiopharmaceutique : quelle organisation adopter entre le radiopharmacien et les autres pharmaciens de la PUI ?

Dr Ghada EL DEEB (Hôtel Dieu, AP-HP), Dr Patrice JOYES (CH Le Mans)

Session Pharmaciens des armées FMC
Quelle maquette pour les hôpitaux des armées et pourquoi faire ?

Xavier BOHAND (HIA Percy, Clamart), Catherine PAYEN (Direction Centrale du Service de Santé des Armées), David ALMERAS (HIA Val de Grâce, Paris), Patrick Le GARLANTEZEC (HIA Val de Grâce, Paris), Axel CARDE (Hôpital Clermont-Tonnerre, Brest), Gilles GRELAUD (HIA Desgenettes, Lyon)

- Cas particulier de la radiopharmacie dans les hôpitaux des armées.
- Plaidoyer pour une évaluation des activités pharmaceutiques et son exploitation en gestion de ressources humaines.
- Bilan et perspectives d'action.

12h00-12h30
Remise des prix et synthèse des journées
Remise de la Bourse MSD
Remise du Prix Poster par les laboratoires Servier

12h30-14h00 Déjeuner dans les stands

14h00-16h00
CMH et SNAM-HP :
Réunion commune des délégués régionaux

infos pratiques

Formation continue
N°FC 82690876269

Formation médicale continue
N° 100337

Une session de posters est organisée pour le SNPHPU et le SNRPH avec le soutien des laboratoires Servier.

Les posters seront affichés du mercredi 23 septembre à partir de 10h00 au vendredi 25 septembre 14h00. Les meilleurs travaux sélectionnés par le jury scientifique feront l'objet d'une communication orale courte (3 min) les jeudi et vendredi matins de 8h00 à 9h00 et un prix sera décerné au meilleur poster vendredi à 12h00. Tous les résumés acceptés seront édités dans les actes du congrès et publiés sur le site internet www.snphpu.com.

Comité Scientifique Pharmaciens
Pr Pascal Le Corre, Rennes
Dr Michel Guizard, Meaux
Dr Daniel Antier, Tours
Dr Marie-Thérèse Brandon, Lyon
Dr Jean-Luc Castaing, Périgueux
Dr Frédéric Chauvelot, Morlaix
Dr Nicolas Coste, Marseille
Dr Gilles Dollo, Rennes
Dr François Lemare, Paris
Dr Didier Lebars, Lyon
Dr Dominique Mery, Montreuil
Dr Marc Montana, Hyères
Dr Françoise Petiteau, Bordeaux
Pr Pierre Sado, Rennes
Dr Alice Salles, Rouen

La bourse MSD sera remise le vendredi à 12h.

Comité scientifique de la bourse MSD
Pr Jean Chopineau, Clermont-Ferrand
Dr Jean-François Latour, Lyon
Dr Valentine Breant, Lyon
Dr Sigolène Cabie, Périgueux
Dr Martine Bues-Charbit, Marseille
Dr Yannick Boulet, Evreux

Relations presse
Medial - Philippe Gaudin
philippegaudin@medial-rp.com

Secrétariat général du congrès SNPHPU

CH Montperrin - Service Pharmacie
109 av. du Petit Barthélémy
13617 Aix-en-Provence cedex 1
Tél. 04 42 16 16 38 - Fax. 04 42 16 17 23
courriel : contact@snphpu.com
www.snphpu.com

Inscription au Congrès

Remplir le bulletin d'inscription et le retourner avec le règlement à :
CSH - SNPHPU - CH Montperrin - Service Pharmacie - 109 av du Petit Barthélémy
13617 Aix-en-Provence Cedex 1

Téléchargement du bulletin d'inscription
www.snphpu.com

Le Centre des Congrès (Reims Evènements)

D'une conception résolument contemporaine, il allie fonctionnalité et élégance. Facile d'accès, desservi par l'A4 et l'A6, il est implanté au cœur de la ville, ouvert sur un parc paysager de 5 hectares (parc de la Patte d'Oie) ; il offre la possibilité aux congressistes d'accéder à pied à la gare TGV Centre, aux principaux hôtels, au secteur piétonnier, aux commerces, restaurants et terrasses de café.
Parking souterrain 3 niveaux.
Parking extérieur : exposants.
12, boulevard du Général Leclerc
51722 Reims cedex
Tél. 03 26 77 44 44 - Fax. 03 26 77 44 45
www.reims-evenements.fr

Hébergement

Pour vous aider à réserver votre hébergement à Reims pendant le congrès, vous pouvez :
- réserver sur le site de la Centrale de Réservation hôtelière du Centre des Congrès : www.pepss.com/gti/0037/GTI_037_REIMS/50/
- contacter par téléphone la Centrale de Réservation Hôtelière 03 26 77 44 60 ou 03 26 77 44 74, ou télécharger le bulletin de réservation.
- contacter l'Office de Tourisme de Reims Tél. 03 26 77 45 00 - Fax. : 03 26 77 45 19 www.reims-tourisme.com

Visiter Reims et sa région :
http://www.ville-reims.fr
http://www.tourisme-en-champagne.com
http://www.tourisme-champagne-ardenne.com/site%20démo/index.htm
http://www.palais-du-tau.com/

Réductions de transport

AIR FRANCE KLM

Pour obtenir les tarifs préférentiels consentis pour cet événement, connectez-vous sur : www.airfrance-globalmeetings.com
4e Rencontres Convergences Santé Hôpital
Code identifiant : 06305AF
Valable pour transport entre le 18/09/2009 et le 30/09/2009.
Des réductions sont appliquées sur une très large gamme de tarifs dans toutes les classes de transport (Espace Première, Espace Affaires, Tempo) sur l'ensemble des vols Air France du monde.
Pour connaître votre agence Air France la plus proche, consultez www.airfrance.com
Pour réserver en ligne : http://w9.traveldoo.com/mice/connect.jsf?eid=06305AF

SNCF

Lors de votre inscription au congrès, vous recevrez automatiquement (avec votre confirmation inscription) un fichet réduction SNCF « Congrès » vous permettant de bénéficier d'une réduction jusqu'à 20 % sur votre billet de train sur le réseau SNCF.

Accès

Par la route
Reims est à la croisée des autoroutes :
A4 - E50 (Paris - Strasbourg - Allemagne)
A26 - E17 (Lille - Lyon - Méditerranée)
A34 - E46 (Ardennes - Belgique)

Accès au Centre de Congrès par la sortie autoroute n° 23 « Reims centre ».

Par le train
Reims est à 45 min de Paris et 30 min de Roissy Charles De Gaulle par le TGV Est Européen.

2 gares TGV
Gare TGV Reims centre à quelques minutes à pied du Centre des congrès.
9 A/R par jour pour Paris en 45 min.

Gare TGV Reims Bezannes Champagne-Ardenne à 5 km du centre de Reims.
2 A/R par jour pour Paris en 40 min.

9 interconnexions avec le réseau national (Roissy Charles De Gaulle - 30 min, Marne la Vallée - 30 min, Massy - 1h, Strasbourg - 1h55, Nantes - 3h15, Rennes - 3h15, Bordeaux - 4h25, Londres - 3h30, Lille - 1h30)

Pour tout renseignement horaire ou tarifaire SNCF : www.voyages-sncf.com ou tél. : 36 35 (7jours/7 de 7h00 à 22h00)

Par avion (par Paris) :
- Aéroport Roissy Charles De Gaulle : à 30 min en TGV
- Aéroport Paris-Orly : 1h30 en navette
- Aéroport Paris-Vatry : 1h en navette

Transports Urbains de Reims
Déplacements en bus dans l'agglomération.
6, rue Charuy - F-51100 - Reims
Tél. +33 (0)3 26 88 25 38 - www.tur.fr

Taxis
Taxis de Reims - Tél. : 03 26 47 05 05
Taxis de Tinqueux - Tél. : 06 50 74 24 19
Taxis de Champagne - Tél. : 03 26 36 19 88

Le complément d'enquête demandé par le procès de l'organisation de l'hôpital

Organisé conjointement par le SNPHPU et le SNRPH, la CMH et le SNAM-HP, le Congrès Convergences Santé Hôpital, principal rassemblement de la communauté médicale hospitalière, sera le lieu d'information et de débat après la tourmente autour de la loi HPST.
Dans ce cadre, les 4èmes Rencontres Convergences Santé Hôpital seront centrées sur le thème des Maladies chroniques et le parcours du combattant de leur prise en charge dans les territoires de santé.

Parce qu'il constitue un lieu d'échanges unique entre les différentes disciplines de praticiens de l'hôpital : pharmaciens, chirurgiens, biologistes, réanimateurs, urgentistes, pneumologues, psychiatres, radiologues, internistes… le congrès permettra de présenter de manière transversale la problématique suivante : quel maillage du territoire pour quelle prise en charge des maladies chroniques ?

Plusieurs pathologies chroniques seront présentées : diabète, insuffisance rénale chronique ou insuffisance respiratoire. Pour chaque pathologie, un point sera fait sur l'état de l'art dans ce domaine, qui sera complété par une session transversale relative à la permanence et à la continuité des soins dans le territoire. Tous ces acteurs seront regroupés ensuite lors d'une session intitulée « maladie chronique : le parcours du combattant du patient ».

A côté de ce thème majeur, les journées du mercredi et du vendredi proposeront de multiples sessions, disciplinaires ou transversales, scientifiques ou plus organisationnelles.

Deux symposiums permettront de faire le point sur les dernières avancées du traitement du diabète de type 2 et sur les nouveaux traitements à la disposition des thérapeutes pour mener à bien une anticoagulation appropriée.

La journée transversale du jeudi constituera un temps fort de ce congrès. Outre la venue de notre ministre de la santé, un « complément d'enquête » sera organisé, suite logique du « procès de l'organisation de l'hôpital » qui s'est tenu lors des 3èmes rencontres de Toulouse et qui était présidé par le Professeur Jean-François Mattei. Cette session sera interactive : des « documentaires » tournés par des journalistes professionnels alterneront avec des débats devant influencer l'auditoire, dont vous ferez partie car vous voterez par boîtiers électroniques.

La plupart des sessions organisées lors de ces journées seront validantes au titre de la FMC.

En espérant avoir le plaisir de vous accueillir à Reims en septembre prochain !

Pascal Rathelot
Président du Comité d'Organisation

La Sante 8

Bateau Ivre ou Vaisseau Fantome

par le conseil d'administration du SNPHPU

Pr Philippe Arnaud
président de la SNPHPU

A l'heure où se dessine une nouvelle réforme de la santé, et de l'hôpital en particulier, ne sommes-nous pas face à un système de santé avançant tel un bateau ivre ou un vaisseau ? Les grandes déclarations d'intention au sujet des territoires de santé, dont le noble objet est que le parcours du patient ne soit plus celui du combattant, semblent bien déconnectées du terrain coincé entre une réglementation utopiquement exponentielle et son application hétéroclite laissée à l'appréciation administrative locale. Hôpital vaisseau fantôme ou zone de non droit ?

Régulièrement le Conseil d'Etat annule les arrêtés tarifaires (voir en ce sens notamment CE, n° 298463, n° 305292) et il faut toute la sagesse de la Haute Juridiction pour maintenir en application les tarifs annulés, évitant ainsi un immense bazar tarifaire.

Promise de longue date, et malgré un enquête de l'IGAS, la marge de la rétrocession n'avait plus de définition réglementaire depuis le 1er décembre 2008 avant qu'un arrêté de dernière minute ne paraisse le 27 décembre...

La première liste d'habilitation à diriger un pole parue le 19 décembre dernier est un autre chef d'œuvre. Certains hôpitaux, voire ARH, ont choisi de ne pas transmettre les candidatures reçues pour 2008 (de quel droit ?) ce qui aboutit à la publication d'une liste qui ne veut rien dire. Quant aux candidatures pour 2009 ? Trop de technocratie la tue t'elle ?

Au beau milieu de juillet on nous annonçait que les prescriptions hospitalières exécutées en ville devraient comporter l'identification du prescripteur via son numéro RPPS. Pendant le débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 la parution du décret a même été confirmée. Ouf ! Il n'en est rien et une disposition votée par le parlement fin 2004 n'a toujours pas un début d'application fin 2008. Peut être un décret le 31 décembre pour une mise en œuvre le 1er janvier à peine le réveillon du nouvel an terminé ?

Le paiement des jours de RTT laissés au bon vouloir des directions d'établissement est un autre exemple de la légèreté avec laquelle notre statut risque de se déréglementer si nous ne veillons pas, même si nous devons admettre que les métiers et leur environnement évoluent et incitent à une adaptation pragmatique.

Et quand est-il des nombreux contentieux qui remontent chaque jour aux instances syndicales chargées de défendre les intérêts moraux et matériels des professions de santé. Le tribunal de grande instance d'Avignon a condamné cet été un pharmacien praticien hospitalier à temps partiel pour ne pas avoir dénoncé son administration qui imposait une ouverture à temps plein de la pharmacie à usage intérieur. Il est étonnant de remarquer que le directeur n'a pas été inquiété alors qu'il est responsable de l'organisation au sein de son établissement. Que dire de nos collègues harcelés par des potentats faisant fi du respect des plus simples règles élémentaires du droit du travail, faisant fi du respect du travail tout cours.

Ces combats de rue sont l'illustration qu'il vaut sans doute mieux passer sous silence les 140 000 hospitalisations provoquées par des accidents médicamenteux et les 13 000 décès annuels dont les causes sont certes multiples, typiques des systèmes complexes, mais qui sont pour beaucoup évitables. Hypocrisie ultime, il faut souligner que le problème est bien connu, repris par toutes les politiques de santé publique mais non effectivement réglé faute de financement ! Les directions hospitalières, sous le regard bienveillant de la DHOS, se cacheraient t'elles derrière la mise en place de Directions dites de la Qualité au détriment de l'application des strictes

règles de base du Code de la Santé Publique !

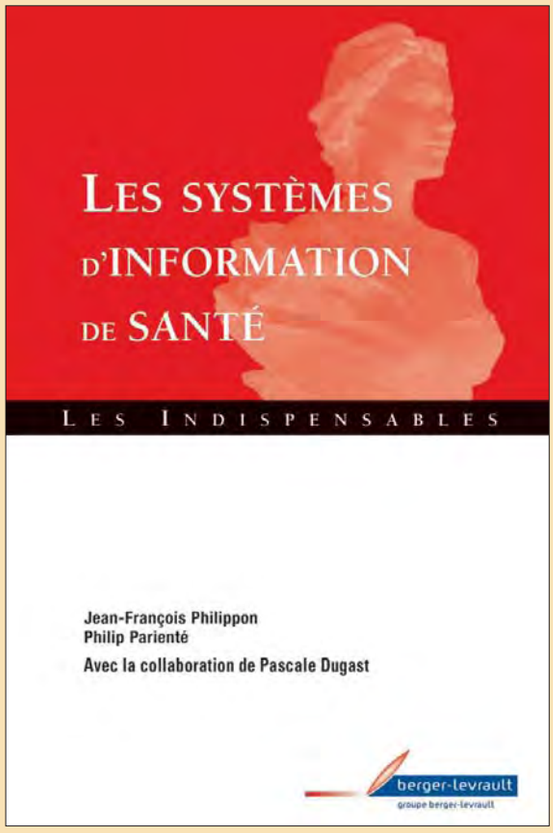
Il faut cesser de croire que des mesures ponctuelles, comme changer une étiquette sur un médicament suffisent à garantir la sécurité indispensable à son usage ! Cette sécurisation relative à l'usage des produits de santé dans les établissements de soins s'inscrit dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, contrats signés entre le directeur de l'établissement de santé et le directeur de l'Agence régionale d'Hospitalisation. Or, le suivi de leur application dans ce domaine particulier est plus que laborieux !

Avant toute révolution de notre système de santé, l'arsenal législatif et réglementaire existant déjà, il convient qu'il soit appliqué sans réserve. Ces mesures à l'impact financier mineur exigent un courage politique sans faille au moment où une nouvelle loi dite « Hôpital – Patients » doit être examinée par le Parlement ! Le SNPHPU attend donc des différentes autorités sanitaires qu'elles affirment clairement leur engagement dans cette démarche. ■

Bio-Rad Laboratories MICROBIOLOGIE CLINIQUE
ADAGIO™, le bon tempo
L'antibiogramme en toute sérénité
Lecture automatique de tous les antibiogrammes en diffusion en quelques secondes
Expertise instantanée des résultats
Alertes automatiques des phénotypes à risques avec envoi de message
Epidémiologie pour le suivi de l'écologie bactérienne et l'évolution des résistances
Contrôle qualité pour la garantie de la fiabilité des antibiogrammes
Connexion aux automates de micro-dilution et aux informatiques de laboratoire
Pour plus d'informations, veuillez contacter votre représentant local Bio-Rad + 01 47 95 82 56
www.bio-rad.com/diagnostics
BIO-RAD

Dans chacun des métiers de santé, l'information a conquis une place essentielle pour suivre l'évolution des connaissances, garder la confiance des malades, gérer et négocier des objectifs.
Cet ouvrage est rédigé par des spécialistes : Philippe Pariente, médecin inspecteur de santé publique qui suit pour le ministère de la santé la réglementation applicable à la transmission des données médicales, Jean-François Philippon, enseignant-chercheur sur les systèmes d'information à l'EHESP, avec la collaboration de Pascale Dugast, pharmacien hospitalier.

Il répond aux besoins spécifiques des professionnels de santé, dans un langage simple, avec des concepts précis, et selon des approches variées : réglementaire, épidémiologique, économique, médico-technique, administrative et budgétaire… en apportant des réponses précises à ces questions :



– Comment repérer les sources d'information de qualité ?
– Quelles sont les obligations liées au secret professionnel dans l univers des nouvelles technologies ?
– Quelles sont les caractéristiques des différents PMSI (MCO, SSR, HAD, RIM-P) ?
– Quelles sont les lignes de défense à prévoir pour assurer la sécurité de vos systèmes d'information
– Quel sera le paysage de l'information de santé d'ici cinq ans ?

Les systèmes d'information santé

Berger- Levrault Editions
Tel : 03 83 38 84 83 – Web : www.editions.berger.levrault.fr
Prix : 49 €

Les auteurs

- Philippe Pariente, médecin inspecteur de la santé publique
- Jean-François Philippon, enseignant-chercheur sur les systèmes d'information à l'EHESP

Avec la collaboration de Pascale Dugast, pharmacien hospitalier.

prise en charge du syndrome métabolique

par le Dr Boris Hansel, endocrinologie-métabolisme et de prévention cardiovasculaire, La Pitié Salpêtrière APHP

Introduction

Le syndrome métabolique est classiquement présenté comme une association de facteurs de risque cardiovasculaire survenant en présence d'une surcharge graisseuse viscérale et d'une insulinorésistance. Les groupes d'experts en matière de diabétologie ou de cardiologie ont proposé diverses définitions de ce syndrome (Tableau 1) avec le souci de faciliter son diagnostic en routine. Mais le syndrome métabolique ne se limite pas à une somme de critères cliniques ou biologiques. Il désigne plus précisément un désordre général, incluant à des degrés divers, des perturbations des métabolismes glucidiques et/ou lipidiques, des anomalies vasculaires, un état inflammatoire, un état pro-thrombotique. Peuvent également être présents, des anomalies hépatiques pouvant conduire à une stéato-hépatite non liée à la consommation d'alcool (NASH), un syndrome des ovaires polykystiques pouvant conduire à l'infertilité et des troubles respiratoires incluant le syndrome d'apnées du sommeil. L'augmentation du risque cardiovasculaire associée au syndrome métabolique est variable d'un sujet à l'autre et dépend de l'association à d'autres facteurs de risque dont le tabagisme, l'hypercholestérolémie et les antécédents familiaux précoces de maladie cardiovasculaire. Le syndrome métabolique n'est pas forcément synonyme de risque cardiovasculaire élevé à court terme. Il doit davantage être considéré comme un facteur de risque important à long terme. La physiopathologie du syndrome métabolique est encore mal connue mais de mauvaises habitudes alimentaires associées à un manque d'activité physique sont de façon indiscutable les déterminants majeurs de son apparition et de son aggravation. Une prise en charge efficace et complète du syndrome métabolique comporte plusieurs étapes : diagnostic précis des anomalies présentes, évaluation du risque cardiovasculaire, mise en place et suivi de l'application des mesures hygiéno-diététiques, introduction d'éventuels traitements médicamenteux.

Diagnostic précis des anomalies constituant le syndrome métabolique

La mesure du tour de taille (à mi-distance entre les dernières côtes et la crête iliaque antérosupérieure) et de la pression artérielle au repos, le bilan lipidique (incluant la mesure du HDL-cholestérol et des triglycérides) et une glycémie à jeun sont les examens essentiels qui permettent d'affirmer le diagnostic de syndrome métabolique. Ils doivent être complétés par un interrogatoire à la recherche de symptômes évocateurs de syndrome d'apnée du sommeil (ronflements, somnolence diurne, nycturie, céphalées matinales…) et de signes orientant vers le diagnostic d'ovaires polykystiques : irrégularité menstruelle voire aménorrhée, infertilité, hirsutisme. Des dosages hormonaux et une échographie ovarienne permettront d'étayer ce diagnostic s'il existe des points d'appels cliniques. Les examens biologiques doivent également comporter systématiquement un bilan hépatique à la recherche d'une stéatose, voire d'une stéatohépatite pouvant évoluer vers la cirrhose. Une échographie hépatique permettra de documenter une cytolyse et/ou une cholestase biologique.

Evaluation du risque cardiovasculaire

Une évaluation statistique du risque cardiovasculaire chez les patients ayant un syndrome métabolique présente un double intérêt. D'une part, elle oriente le médecin dans ses choix thérapeutiques, notamment dans la décision d'introduire un hypolipémiant, un antihypertenseur ou un antiagrégant plaquettaire (voir plus loin). D'autre part, elle a pour avantage de sensibiliser le patient à la nécessité de mettre en œuvre des mesures préventives, pour réduire le risque cardiovasculaire. Divers algorithmes sont actuellement disponibles pour évaluer le risque de morbidité et mortalité cardiovasculaire à 10 ans. Une équipe française a proposé un score spécifiquement adapté à la mesure du risque cardiovasculaire chez les patients atteints de syndrome métabolique (1). Ce score a pour avantage d'être adapté à la population française.

Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique du syndrome métabolique est complexe pour plusieurs raisons. D'une part, l'hétérogénéité de ce

OMS	EGIR	NCEP-ATPIII (modifiée en 2004 par l'AHA) IDF	IDF
insulinémie : clamp < Q1 **ou** GAJ ? 110 mg/dl **ou** HGPO (2h) ? 140 mg/dl + 2 autres critères (parmi les 4 suivants)	Insulinémie à jeun ? Q4 + 2 autres critères (parmi les 4 suivants)	≥ 3 critères parmi les 5 suivants	Tour de taille élevé : ≥ 94 cm (H) ≥ 80 cm (F) + 2 autres critères (parmi les 4 suivants)
	GAJ ≥ 110 mg/dl (à l'exclusion du diabète)	GAJ ≥ 100 mg/dl	GAJ ≥ 100 mg/dl
TG ≥ 150 mg/dl et/ou	TG ≥ 180 mg/dl	TG ≥ 150 mg/dl	TG ≥ 150 mg/dl
HDL-C ≤ 35 mg/dl (H) ≤ 40 mg/dl (F)	et/ou HDL-C < 40 mg/dl	HDL-C < 40 mg/ (H) < 50 mg/dl (F) et/ou ttt de l'hypoHDLémie	HDL-C < 40 mg/dl (H) ≤ 50 mg/dl (F) et/ou ttt de l'hypoHDLémie
PA ≥ 140/90 mm Hg	PA ≥ 140/90 mm Hg et/ou traitement anti-HTA	PA ≥ 130/85 mm Hg et/ou ttt anti-HTA	PA ≥ 130/85 mm Hg et/ou ttt anti-HTA
Taille/hanche > 0,90 (H) > 0,85 (F) et/ou IMC ≥ 30 kg/m²	tour de taille ≥ 94 cm (H) ≥ 80 cm (F)	tour de taille ≥ 102 cm (H) ≥ 88 cm (F)	
µalbuminurie > 20 mg/min ou alb/créat urines ? 30mg/g			

Tableau 1 : Définitions du syndrome métabolique (ou d'insulinorésistance) selon l'**OMS** (organisation mondiale de la santé), l'**EGIR** (Groupe Européen pour l'Etude de l'Insulinorésistance), et la **NCEP-ATPIII** (experts du programme national cholestérol, la définition proposée ici est celle qui a été modifiée par l'American Heart Association (AHA) en 2004). GAJ, glycémie à jeun ; TG, triglycérides ; HGPO, hyperglycémie provoquée par voie orale (glycémie mesurée 2h après la charge en glucose); PAS et PAD, pression artérielle systolique et diastolique ; H, hommes ; F, femmes; >Q4, valeur limite correspondant aux 25 % des sujets de la population ayant les valeurs les plus élevées ; <Q1, valeur limite correspondant aux 25 % des sujets de la population ayant les valeurs les plus basses.

syndrome et la multiplicité des facteurs environnementaux qui le favorisent impliquent que chaque patient est un cas particulier et doit bénéficier d'une prise en charge personnalisée tenant compte du mode de vie et de l'état psychologique. D'autre part, le syndrome métabolique a une évolution chronique avec une tendance spontanée à l'aggravation. Par conséquent, son traitement nécessite, plutôt qu'une polythérapie médicamenteuse ciblant chaque anomalie d'emblée, de hiérarchiser les problèmes afin de les résoudre un par un, en agissant avant tout sur le mode de vie du patient. Les traitements médicamenteux ne sont introduits qu'en seconde intention, en ayant toujours conscience qu'à chaque fois qu'un comprimé supplémentaire est prescrit, cela compromet un peu plus l'observance thérapeutique.
Nous aborderons en premier lieu les principes de la prise en charge hygiéno-diététique du syndrome métabolique. Nous traiterons ensuite de l'indication des différentes classes thérapeutiques utilisées dans le traitement de l'obésité et de la prévention cardiovasculaire.

Mesures hygiéno-diététiques

Bien que le syndrome métabolique ne se développe que chez des patients ayant une certaine susceptibilité génétique, le mode de vie joue un rôle primordial dans sa genèse et son évolution. L'obésité abdominale, le manque d'activité physique et une alimentation hypercalorique, diabétogène et athérogène sont les principaux facteurs modifiables qui déterminent son apparition et accélèrent son aggravation. Par conséquent, les mesures hygiéno-diététiques auront pour objectif (1) de réduire la surcharge pondérale notamment abdominale, (2) d'augmenter l'activité physique, (3) d'améliorer la *qualité* des apports alimentaires.

Réduire de la surcharge pondérale

Une réduction du poids et du tour de taille améliore de façon sensible l'ensemble des anomalies qui caractérisent le syndrome métabolique. Néanmoins, il n'est généralement pas concevable d'obtenir, sur le long terme, une correction complète de la surcharge pondérale. Un objectif bien plus réaliste est de réduire l'excès pondéral en visant une diminution de 5 à 10 % du poids. Une telle perte de poids s'est montrée très efficace pour diminuer la glycémie et améliorer l'HbA1c chez le diabétique, diminuer la pression artérielle et réduire les triglycérides plasmatiques en augmentant parallèlement le taux de HDL-C. Cette perte de poids nécessite avant tout une réduction *raisonnable* de l'apport calorique global. Une enquête alimentaire approfondie doit être conduite afin de déceler les « mauvaises habitudes alimentaires ». Les conseils diététiques sont de deux ordres : en premier lieu ils visent à corriger les erreurs majeures responsables d'un apport calorique important : consommation excessive d'alcool, de fromage, charcuterie, biscuits ou pâtisseries… Une telle correction permet parfois, à elle seule, d'amorcer une perte significative de poids. Dans un second temps, on tentera de rééquilibrer les repas en essayant de s'approcher au mieux des recommandations habituelles concernant les apports nutritionnels. La valorisation des efforts réalisés par le patient est un élément majeur pour que celui-ci puisse continuer à modifier favorablement et durablement ses habitudes alimentaires.
Un trouble du comportement alimentaire (grignotage, boulimie…) doit systématiquement être dépisté et doit souvent être pris en charge par un intervenant spécialisé.
La chirurgie de l'obésité a montré son efficacité pour faire régresser les anomalies qui constituent le syndrome métabolique (2). Néanmoins, quelle que soit la méthode employée, il s'agit d'une chirurgie lourde, grevée d'un taux non négligeable de morbidité et mortalité. Elle est donc réservée aux cas les plus graves, après vérification de l'absence de contre indications psychiatriques.

Augmenter l'activité physique

Divers travaux démontrent un effet bénéfique de l'activité physique sur les anomalies qui définissent le syndrome métabolique, y compris en l'absence de perte de poids (3). Ainsi, une augmentation de l'activité physique s'accompagne d'une diminution du tour de taille, d'une diminution des la glycémie et de l'insulinorésistance, d'une réduction discrète mais significative de la pression artérielle, d'un baisse des triglycérides plasmatiques et d'une hausse du HDL-C. La durée et la fréquence optimales des séances d'activité physique ne sont pas connues. Les recommandations actuelles prônent la pratique d'un exercice modéré quotidien équivalent à 30 minutes de marche rapide, éventuellement fractionné sur les 24 heures par séance de dix minutes. Des exercices de renforcement musculaire au moins deux fois par semaine doivent également être proposés de manière complémentaire. Un programme plus intensif d'activité physique semble toutefois souhaitable et plus efficace notamment sur les paramètres lipidiques et pour prévenir l'apparition d'un diabète. Toute activité d'endurance pourra être proposée, en tenant compte des antécédents, notamment rhumatologiques et cardiologiques, du patient. Des séances plurihebdomadaires d'une durée de 20 minutes à 1 heure seront conseillées. L'utilisation d'un carnet sera encouragée afin d'y inscrire chaque jour la durée et le type des activités réalisées.

Améliorer la qualité de l'alimentation

Des modifications qualitatives de l'alimentation semblent bénéfiques, même si elles ne conduisent pas à une perte de poids. Il est souhaitable de réduire autant que possible l'apport en graisses saturées au profit des graisses mono et polyinsaturées, de limiter les aliments à fort index glycémique et d'augmenter en contrepartie l'apport en fibres contenues dans les légumes et céréales. Une consommation plurihebdomadaire de poisson a pour intérêt d'assurer un apport en protéine animale tout en favorisant l'ingestion d'acides gras polyinsaturés (dont les oméga 3). L'apport en fruits devra se limiter à 2 voir 3 fruits par jour et les légumes ou crudités devront être consommés à chaque repas. Des travaux récents suggèrent que le régime crétois a un impact favorable sur le syndrome métabolique (4). Il semble en être de même avec le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) initialement proposé pour réduire la pression artérielle (5). Ce régime consiste à limiter l'apport en sel à 2,4 g/j, à augmenter la consommation de laitages pauvres en graisses, ainsi que celle des fruits et légumes et des aliments complets. A l'inverse, l'apport en graisses totales et en graisses saturées est réduit. Azadbakht et coll. ont montré que le suivi d'un tel régime est plus efficace qu'un régime hypocalorique classique pour corriger en partie les cinq anomalies qui définissent le syndrome métabolique. Les auteurs considèrent de plus que l'effet du régime DASH sur la pression artérielle, les lipides sanguins et la glycémie à jeun est en partie indépendant de la perte de poids qu'il occasionne.

Thérapeutique médicamenteuse

La plupart des classes médicamenteuses employées dans le traitement de l'obésité ou des facteurs de risque cardiovasculaires ont été évaluées chez des patients ayant un syndrome métabolique et/ou chez des sujets insulinorésistants. La décision d'introduire un nouveau médicament doit se faire de façon prudente en évaluant non seulement le rapport bénéfice-risque mais surtout en évitant une escalade thérapeutique. Celle-ci pourrait rapidement faire occulter l'importance des modifications des habitudes de vie et réduire l'observance thérapeutique, qui, rappelons-le, est inversement corrélée aux nombres de prises médicamenteuses et au nombre de médicaments prescrits.

Les médicaments de l'obésité

Deux médicaments sont actuellement disponibles sur le marché français : l'orlistat et la sibutramine. Il n'y a pas aujourd'hui d'autorisation de mise sur le marché (AMM) justifiant spécifiquement l'emploi de ces médicaments dans le cadre du syndrome métabolique. Leur indication reste le traitement de l'obésité (IMC>30 kg/m^2) ou de la surcharge pondérale (>27 kg/m? pour le sibutral, >28 kg/m^2 pour le xenical) *associée* à des facteurs de risque cardiovasculaire. Cet intitulé de l'AMM autorise la prescription de ces médicaments chez la plupart des patients ayant un syndrome métabolique.

L'orlistat

L'orlistat est un inhibiteur des lipases intestinales réduisant de 30 % l'absorption intestinale des graisses. Une métaanalyse montre que ce médicament entraîne, à un an, une perte supplémentaire d'environ 3 kgs par rapport au placebo (6). En outre, l'étude XENDOS, a montré qu'un traitement par orlistat chez des patients obèses peut réduire de 37,3 % le risque de développer un diabète à 4 ans (incidence cumulée : 6,2 % sous orlistat vs 9 % sous placebo) (7). Les paramètres lipides, et en particulier les triglycérides plasmatiques et le HDL-C, ainsi que la pression artérielle sont également discrètement mais favorablement modifiés sous orlistat. Outre l'apparition d'une diarrhée graisseuse, attendue avec ce traite-

ment compte tenu de son mécanisme d'action, le principal effet secondaire est une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles dont les valeurs restent néanmoins dans les limites de la normale.

La sibutramine

La sibutramine est un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, de la noradrénaline et en moindre mesure de la dopamine. Son effet est double. D'une part, il exerce un effet anorexigène. D'autre part il atténue la diminution de la dépense énergétique associée à la perte de poids. Il en résulte une perte pondérale supplémentaire (par rapport au placebo) d'environ 4,5 kgs à 1 an de traitement (6). Des effets discrets mais favorables ont également été décrits sur le tour de taille, la glycémie à jeun (et l'HbA1c chez le diabétique), les triglycérides plasmatiques et le HDL-C. En revanche, une élévation de la pression artérielle pouvant contrebalancer la baisse liée à la perte de poids a été observée de même qu'une augmentation de la fréquence cardiaque (de l'ordre de 4 battements par minute). Il n'y a pas de donnée disponible en ce qui concerne l'effet de la sibutramine sur la mortalité.

Les hypolipémiants

La dyslipidémie du syndrome métabolique inclut typiquement une hypertriglycéridémie témoignant d'une surproduction de lipoprotéine de très basse densité (VLDL), une diminution du HDL-C résultant de mécanismes complexes, notamment une élimination accélérée des HDL et une augmentation de la quantité de LDL petites et denses, athérogènes. Le LDL-C des patients atteints de syndrome métabolique est semblable à celui du reste de la population.

Les résultats des grandes études de morbi-mortalité testant l'effet des hypolipémiants sur les évènements cardiovasculaires permettent de guider les choix thérapeutiques.

La première cible du traitement hypolipémiant : le LDL-C

La décision d'introduire un hypolipémiant dépend en premier lieu du niveau de LDL-C. Les statines seront prescrites en première intention. En effet, la plupart des grands essais thérapeutiques ont montré qu'un traitement par statine chez les sujets à risque cardiovasculaire réduit la fréquence des évènements cardiovasculaires. Ce résultat est souvent retrouvé dans les sous groupes de patients ayant un syndrome métabolique (8, 9). Il n'existe pas de recommandations *spécifiques* au syndrome métabolique pour décider de la nécessité ou non d'introduire une statine chez un patient donné ; l'indication est guidée par les recommandations habituelles et dépend du risque cardiovasculaire global. Lorsque le patient appartient à une des 3 catégories de sujets à « haut risque cardiovasculaire » (prévention secondaire, diabète compliqué ou associé à deux facteurs de risque, risque cardiovasculaire à 10 ans >20%), une statine est débutée dès lors que le LDL-C dépasse 1 g/l malgré des mesures diététiques appropriées. Dans le cas contraire, le nombre de facteurs de risque cardiovasculaire détermine la valeur de LDL-C au-delà de laquelle une statine est prescrite.

Dans quel cas utiliser un fibrate ?

Le niveau de preuve de l'efficacité des fibrates en terme de morbi-mortalité est inférieur à celui obtenu avec les statines. Si l'on s'intéresse à la sous population des patients ayant une hyperlipidémie incluant une hypertriglycéridémie et une hypoHDLémie, les résultats, bien que parfois contradictoires restent néanmoins en faveur de l'utilisation des statines en première intention. L'intérêt des fibrates, dans certaines circonstances, est probable, ce qui justifie parfois leur prescription. En pratique, les recommandations françaises de l'AFSSAPS pour la prise en charge des hyperlipidémies proposent l'utilisation des fibrates en première intention, uniquement lorsque le LDL-C est à l'objectif et en présence de l'une des deux circonstances suivantes : (1) hypertriglycéridémie importante (>4 g/l) malgré les mesures diététiques (2) hypertriglycéridémie associée à une hypoHDLémie (HDL-C<0,4 g/l). L'étude FIELD (10) dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité du fénofibrate sur la mortalité cardiovasculaire chez des patients diabétiques ayant des caractéristiques lipidiques proches de celles rencontrées dans le syndrome métabolique s'est révélée négative sur le critère principal. De plus, dans le sous groupe des patients ayant un authentique syndrome métabolique, il n'existait qu'une tendance statistique en faveur de l'efficacité du fénofibrate par rapport au placebo sur le critère principal (p=0.07). Il faut néanmoins signaler que dans cette étude, de façon inattendue, le HDL-C ne s'est que très peu élevé sous fénofibrate. Contrastant avec ces données, trois études suggèrent l'intérêt d'une prescription d'un fibrate dans le traitement du syndrome métabolique. L'étude VAHIT a montré chez des patients en prévention secondaire qu'un traitement par le gemfibrozil réduit les évènements cardiovasculaires chez des patients hypoHDLémique et notamment dans les sous groupes de sujets diabétiques ou non diabétiques mais insulinorésistants (11, 12). L'étude BIP a évalué, en prévention secondaire, l'effet d'un traitement par Bézafibrate sur les évènements coronaires. Cette étude s'est révélée globalement négative, les médicaments testés n'ayant guère fait mieux que le placebo. En revanche, une analyse post hoc a révélé que chez les patients ayant un syndrome métabolique, la prise du fibrate était associée à un moindre risque de faire un infarctus du myocarde (13).

Quelle est la place de l'acide nicotinique dans le traitement du syndrome métabolique ?

L'acide nicotinique, sous une forme à libération prolongée qui rend sa tolérance acceptable, est récemment réapparu sur le marché français. L'intérêt principal de ce médicament est d'être est le plus puissant pour augmenter le HDL-C (+20 % en moyenne). Il a également un effet favorable sur le LDL-C et les triglycérides plasmatiques. Les preuves de l'efficacité de l'acide nicotinique pour réduire la morbi-mortalité sont actuellement limitées. Par conséquent, selon le libellé de son AMM, il n'a d'indication qu'en seconde intention, soit à la place d'une statine pour réduire le LDL-C si la statine est mal tolérée, soit en association à une statine si l'objectif n'est pas atteint, en particulier s'il existe une hypertriglycéridémie et/ou une hypoHDLémie.

Conduite pratique pour l'emploi des hypolipémiants dans le syndrome métabolique

Comme nous l'avons déjà mentionné, le premier objectif est d'abaisser le LDL-C en dessous du seuil souhaitable tel qu'il est défini par les recommandations générales pour la prise en charge des dyslipidémies. Plusieurs attitudes sont ensuite acceptables. Les recommandations françaises proposent l'emploi d'un fibrate en association à la statine (ou seul si le LDL-C est spontanément à l'objectif) en cas d'hypertriglycéridémie associé à une hypoHDLémie. Chez les patients en préventions secondaire L'American Heart Association et le National, Heart, Lung and Blood Institute ont proposé une conduite à tenir un peu différente, en présentant par ordre d'importance, les trois objectifs à atteindre chez le patient ayant un syndrome métabolique (14). En premier lieu il faut abaisser le LDL-C en dessous de la valeur souhaitable (définie comme nous l'avons vu par le niveau de risque cardiovasculaire). Le deuxième objectif (une fois le LDL-C diminué) est d'abaisser le non HDL-C en dessous de la valeur souhaitable (qui est égale à la valeur souhaitable du LDL-C à laquelle est ajouté 30 mg/dl). Si le non HDL-C n'est pas à l'objectif malgré un traitement par statine, deux options sont proposées : soit d'augmenter la dose de statine (même si le LDL-C est à la cible), soit d'introduire une autre molécule en association, un fibrate (sauf le gemfibrozil) ou l'acide nicotinique. Le troisième objectif concerne le HDL-C qui devra être augmenté autant que possible. Il n'est pas précisé de valeur cible à atteindre, ni les moyens médicamenteux à employer. L'acide nicotinique et dans une moindre mesure les fibrates sont les médicaments les plus efficaces pour améliorer le niveau de HDL-C. Enfin, dans le cas particulier de l'hypertriglycéridémie importante (>5 g/l), un traitement hypotriglycéridémiant (fibrate ou acide nicotinique) est proposé en première intention.

Les antidiabétiques oraux

Parmi les antidiabétiques oraux, trois molécules ont un effet préventif vis-à-vis de l'apparition d'un diabète : la metformine, la troglitazone (et probablement les glitazones en général) et l'acarbose. Ces médicaments ont en outre un effet généralement favorable sur la dyslipidémie du syndrome métabolique et sur les anomalies hépatiques de la NASH.

La metformine

Compte tenu de son mécanisme d'action, de son efficacité et de son innocuité, la metformine constitue le traitement de première intention du diabète de type 2, lorsque les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent pas. Afin d'étudier l'intérêt potentiel d'un traitement précoce par la metformine chez le patient à risque de développer un diabète, le « Diabetes Prevention Program » (DPP) (15) a comparé, chez des patients prédiabétiques, l'effet de la metformine à celui de deux types de prises en

charge hygiéno-diététiques : l'une « usuelle », l'autre plus renforcée et personnalisée. Une réduction de 58 % de l'incidence du diabète de type 2 a été observée chez les patients du groupe « mesures hygiéno-diététiques renforcées » par rapport au groupe témoin « mesures hygiéno-diététiques usuelles ». Un traitement par la metformine réduisait de 30 % le risque de survenue d'un diabète par rapport à la prise en charge de ce groupe témoin.

Les glitazones

Compte tenu de leur mécanisme d'action, les glitazones représentent une classe thérapeutique séduisante pour le traitement du syndrome métabolique. Les études réalisées chez le diabétique montrent un effet bénéfique de la rosiglitazone et de la pioglitazone sur le niveau d'insulinorésistance et une amélioration de l'équilibre glycémique. En outre, ces molécules ont un effet favorable sur la pression artérielle, et, en particulier avec la pioglitazone, sur les anomalies lipidiques du syndrome métabolique. La pioglitazone a également montré son efficacité pour prévenir les évènements cardiovasculaires chez des patients diabétiques en prévention secondaire (16). Les glitazones ont été étudiées dans une moindre mesure chez des patients prédiabétiques. L'étude TRIPOD (17) a évalué dans une petite population de femmes ayant une histoire de diabète gestationnel l'effet de la troglitazone (retirée du marché en raison d'une toxicité hépatique) par comparaison à un placebo. Il est montré que l'apparition d'un diabète est diminuée de 55 % chez les femmes traitées. Une autre petite étude randomisée mais en ouvert, suggère que la rosiglitazone et la pioglitazone sont efficaces dans la prévention du diabète chez le patient prédiabétique. L'étude DREAM, a évalué chez environ 5 000 patients l'intérêt de la rosiglitazone dans la prévention du diabète (18). Les résultats montrent une réductionde 60 % du critère composite (survenue d'un diabète et décès. De même l'étude ACTnow avec la pioglitazone a montré une réduction de 81 % de la survenue d'un diabète par rapport au placebo. La prise de poids engendrée par les glitazones et leurs effets secondaires cardiaques remettent en question l'intérêt de cette classe thérapeutique en prévention du diabète.

L'acarbose

L'acarbose est utilisé dans le traitement du diabète en association aux autres antidiabétiques oraux. Son mécanisme d'action est l'inhibition de l'α-glucosidase, réduisant ainsi l'absorption intestinale du glucose. Dans l'étude STOP-NIDDM (19), un traitement précoce par l'acarbose chez des patients intolérants au glucose réduisait de 25 % le risque de développer un diabète. Il y était également associé une baisse de 49 % du risque d'évènement cardiovasculaire et de 34 % de celui de développer une hypertension artérielle. Dans cet essai clinique, l'acarbose était prescrit à la dose de 300 mg par jour. Les principaux inconvénients de ce médicament à cette dose sont d'une part, la grande fréquence des effets secondaires digestifs et d'autre part, la nécessité de l'administrer en trois prises quotidiennes, ce qui rend l'observance thérapeutique difficile.

Doit on prescrire un antidiabétique oral pour prévenir l'apparition d'un diabète de type 2 ?

A la vue des résultats des études précédentes, cette question se pose, surtout si l'on considère que la prescription d'un médicament est plus simple et plus réaliste qu'un suivi personnalisé et intensif comme celui qui est réalisé dans les études d'intervention comme la DPP. Néanmoins, le rapport bénéfice-risque et le coût d'un traitement du prédiabète par des médicaments antidiabétiques oraux sont mal évalués. Par conséquent, ces médicaments n'ont pas aujourd'hui d'AMM en l'absence de diabète de type 2.

Les traitements antihypertenseurs

En l'absence de diabète et de maladie rénale, l'objectif est d'avoir une pression artérielle au repos en dessous de 140 mmHg de systolique et 90 mmHg de diastolique. Au dessus de ce seuil, un traitement médicamenteux antihypertenseur est indiqué. En cas de diabète et/ou de maladie rénale chronique, les valeurs seuils à ne pas dépasser sont abaissées à 130 mmHg de systolique et 80 mmHg de diastolique. Au delà de la question de l'introduction d'un médicament pour réduire la pression artérielle, il convient de préciser que, tout comme pour le LDL-C, les mesures hygiéno-diététiques sont toujours indiquées pour réduire autant que possible le niveau tensionnel. Comme nous l'avons vu précédemment, les mesures diététiques (portant sur la quantité mais aussi la qualité des aliments) et l'activité physique contribuent à elles seules à réduire le niveau de pression artérielle. Le choix des traitements médicamenteux antihypertenseurs doit se faire en tenant compte de leurs effets métaboliques potentiels. A cet égard, il est possible de classer ces traitements en trois catégories.

- Les bloqueurs du système rénine angiotensine aldostérone (inhibiteurs de l'enzyme de conversion et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2) semblent exercer des effets métaboliques favorables. Notamment, ils réduisent le risque d'apparition d'un diabète (20).
- A l'inverse, les ,-bloquants et les diurétiques favorisent l'apparition d'un diabète chez le sujet à risque. Une méta-analyse récente montre que le risque relatif de voir apparaître un diabète lorsque le traitement ne comporte pas de ,-bloquant est de 0,81 (intervalle de confiance de 0,77 à 0,86) par rapport à une stratégie incluant un ,-bloquant (21). De plus, les ,-bloquants paraissent moins efficaces que les autres antihypertenseurs pour réduire le risque cardiovasculaire (22). Pour ce qui est des diurétiques, les effets favorables qu'ils exercent sont probablement supérieurs à leurs effets métaboliques. Par conséquent, cette classe thérapeutique reste utile chez le patient hypertendu, même en cas de syndrome métabolique, pour réduire le risque cardiovasculaire.
- Les inhibiteurs calciques paraissent neutres sur le plan métabolique. En particulier, ils ne favorisent pas, mais ne réduisent pas non plus, le risque de développer un diabète. L'étude ALLHAT, qui a comparé un diurétique thiazidique à un IEC et à un antagoniste calcique sur une période de six années a montré que l'incidence des nouveaux cas de diabète étaient la plus faible dans le groupe traité par IEC et qu'elle était la plus élevée dans celui traité par les diurétiques. Les hypertendus traités par l'antagoniste calcique présentaient une incidence se situant entre les deux groupes (23).

En pratique, quel(s) antihypertenseur(s) choisir en cas de syndrome métabolique.

Il convient d'éviter la prescription d'un ,-bloquant, sauf si cette classe thérapeutique est indiquée pour une raison particulière (troubles du rythme, post-infarctus en particulier). En présence d'une néphropathie, on choisira en première intention un IEC (ou un ARAII). Dans le cas contraire on introduira préférentiellement, soit un IEC (ou un ARAII), soit un inhibiteur calcique. Les associations thérapeutiques pourront également comporter un diurétique thiazidique à la dose de 12,5 mg voire 25 mg/j.

Les traitements antithrombotiques

Les antiagrégants plaquettaires ont fait la preuve de leur efficacité en prévention des accidents cardiovasculaires chez les patients à haut risque. Néanmoins, ces traitements sont potentiellement dangereux en favorisant notamment les hémorragies digestives. En dehors du cas de la prévention secondaire où ils sont toujours indiqués, il semble raisonnable de prescrire un traitement antiagrégant plaquettaire lorsque le risque cardiovasculaire l'emporte sur celui d'effets secondaires grave. Des recommandations (24) (US Preventive Services Task Force) ont été récemment publiées pour guider le praticien dans le choix d'introduire ou non un antiagrégant plaquettaire en mettant en balance le risque et le bénéfice de ce traitement.

Le traitement des pathologies associées

Comme nous l'avons vu précédemment, le syndrome métabolique s'associe fréquemment à des pathologies hépatiques (NASH), respiratoires (SAS), et gynécologiques (SOPK). Les mesures hygiéno-diététiques ont montré leur efficacité pour corriger ces anomalies. Une consultation spécialisée devra néanmoins être programmée sans retard compte tenu des conséquences potentiellement graves qui peuvent en résulter et de l'existence de traitements spécifiques souvent efficaces.

Conclusion

La notion de syndrome métabolique est une avancée significative dans le domaine de la médecine préventive. Elle révèle, chez un patient donné, l'existence d'un risque important de morbidité, alors que les examens biologiques montrent des anomalies qui individuellement attirent peu l'attention du clinicien et ou la seule chose vraiment visible est un « gros ventre ». Cela devrait permettre de sensibiliser le patient de façon précoce à la nécessité d'acquérir une meilleure hygiène de vie qui à elle seule retarde la survenue du diabète et des accidents cardiovasculaires. La prescription d'un

médicament ne doit pas faire oublier la nécessité de changer les habitudes de vie. Elle doit se faire au bon moment, ni trop tôt, ni trop tard et doit être considérée comme un accompagnement des modifications du mode de vie qui restent toujours le pilier central de la prise en charge. ■

A consulter :

« Surveillez votre ventre : attention au syndrome de la bedaine » (éditions Hachette pratique) et le site internet qui l'accompagne : www.syndrome-delabedaine.org Ce site a reçu le premier prix de la chaire eurpéènne sur le risque cardiométabolique en 2008.

Références bibliographiques :

1. Hillier TA, Rousseau A, Lange C, Lepinay P, Cailleau M, Novak M, Calliez E, Ducimetiere P, Balkau B. Practical way to assess metabolic syndrome using a continuous score obtained from principal components analysis : The D.E.S.I.R. Cohort*. *Diabetologia* 2006; **49**:1528-35.
2. O'Brien PE, Dixon JB, Laurie C, Skinner S, Proietto J, McNeil J, Strauss B, Marks S, Schachter L, Chapman L, Anderson M. Treatment of mild to moderate obesity with laparoscopic adjustable gastric banding or an intensive medical program : a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006; **144**:625-33.
3. Katzmarzyk PT, Leon AS, Wilmore JH, Skinner JS, Rao DC, Rankinen T, Bouchard C. Targeting the metabolic syndrome with exercise : evidence from the HERITAGE Family Study. *Med Sci Sports Exerc* 2003; **35**:1703-9.
4. Esposito K, Marfella R, Ciotola M, Di Palo C, Giugliano F, Giugliano G, D'Armiento M, D'Andrea F, Giugliano D. Effect of a mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome : a randomized trial. *Jama* 2004; **292**:1440-6.
5. Azadbakht L, Mirmiran P, Esmaillzadeh A, Azizi T, Azizi F. Beneficial effects of a Dietary Approaches to Stop Hypertension eating plan on features of the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2005; **28**:2823-31.
6. Li Z, Maglione M, Tu W, Mojica W, Arterburn D, Shugarman LR, Hilton L, Suttorp M, Solomon V, Shekelle PG, Morton SC. Meta-analysis : pharmacologic treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005; **142**:532-46.
7. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjostrom L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study : a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care* 2004; **27**:155-61.
8. Pyorala K, Ballantyne CM, Gumbiner B, Lee MW, Shah A, Davies MJ, Mitchel YB, Pedersen TR, Kjekshus J. Reduction of cardiovascular events by simvastatin in nondiabetic coronary heart disease patients with and without the metabolic syndrome : subgroup analyses of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 2004; **27**:1735-40.
9. Clearfield M, Downs JR, Lee M, Langendorfer A, McConathy W, Gotto AM, Jr. Implications from the Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study for the Adult Treatment Panel III guidelines. *Am J Cardiol* 2005; **96**:1674-80.
10. Keech A, Simes RJ, Barter P, Best J, Scott R, Taskinen MR, Forder P, Pillai A, Davis T, Glasziou P, Drury P, Kesaniemi YA, Sullivan D, Hunt D, Colman P, d'Emden M, Whiting M, Ehnholm C, Laakso M. Effects of long-term fenofibrate therapy on cardiovascular events in 9795 people with type 2 diabetes mellitus (the FIELD study) : randomised controlled trial. *Lancet* 2005; **366**:1849-61.
11. Rubins HB, Robins SJ, Collins D, Nelson DB, Elam MB, Schaefer EJ, Faas FH, Anderson JW. Diabetes, plasma insulin, and cardiovascular disease : subgroup analysis from the Department of Veterans Affairs high-density lipoprotein intervention trial (VA-HIT). *Arch Intern Med* 2002; **162**:2597-604.
12. Robins SJ, Rubins HB, Faas FH, Schaefer EJ, Elam MB, Anderson JW, Collins D. Insulin resistance and cardiovascular events with low HDL cholesterol : the Veterans Affairs HDL Intervention Trial (VA-HIT). *Diabetes Care* 2003; **26**:1513-7.
13. Tenenbaum A, Motro M, Fisman EZ, Tanne D, Boyko V, Behar S. Bezafibrate for the secondary prevention of myocardial infarction in patients with metabolic syndrome. *Arch Intern Med* 2005; **165**:1154-60.
14. Grundy SM. Metabolic syndrome scientific statement by the American Heart Association and the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2005; **25**:2243-4.
15. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; **346**:393-403.
16. Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, Erdmann E, Massi-Benedetti M, Moules IK, Skene AM, Tan MH, Lefebvre PJ, Murray GD, Standl E, Wilcox RG, Wilhelmsen L, Betteridge J, Birkeland K, Golay A, Heine RJ, Koranyi L, Laakso M, Mokan M, Norkus A, Pirags V, Podar T, Scheen A, Scherbaum W, Schernthaner G, Schmitz O, Skrha J, Smith U, Taton J. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events) : a randomised controlled trial. *Lancet* 2005; **366**:1279-89.
17. Buchanan TA, Xiang AH, Peters RK, Kjos SL, Marroquin A, Goico J, Ochoa C, Tan S, Berkowitz K, Hodis HN, Azen SP. Preservation of pancreatic beta-cell function and prevention of type 2 diabetes by pharmacological treatment of insulin resistance in high-risk hispanic women. *Diabetes* 2002; **51**:2796-803.
18. Gerstein HC, Yusuf S, Holman R, Bosch J, Pogue J. Rationale, design and recruitment characteristics of a large, simple international trial of diabetes prevention : the DREAM trial. *Diabetologia* 2004; **47**:1519-27.
19. Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus : the STOP-NIDDM randomised trial. *Lancet* 2002; **359**:2072-7.
20. Jandeleit-Dahm KA, Tikellis C, Reid CM, Johnston CI, Cooper ME. Why blockade of the renin-angiotensin system reduces the incidence of new-onset diabetes. *J Hypertens* 2005; **23**:463-73.
21. Mason JM, Dickinson HO, Nicolson DJ, Campbell F, Ford GA, Williams B. The diabetogenic potential of thiazide-type diuretic and beta-blocker combinations in patients with hypertension. *J Hypertens* 2005; **23**:1777-81.
22. Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *Lancet* 2005; **366**:1545-53.
23. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic : The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *Jama* 2002; **288**:2981-97.
24. Rosenson RS. Treatment with aspirin and dipyridamole is more effective than aspirin in reducing low shear blood viscosity. *Microcirculation* 2008; **15**:615-20.

Le regroupement, ou « cluster », de différentes anomalies métaboliques fréquentes, associé à une augmentation du risque cardiovasculaire est un concept discuté depuis plusieurs décennies [1-3]. Cependant, c'est seulement en 1988 que Reaven a défini un cadre physiopathologique cohérent pour cet ensemble d'anomalies avec l'insulinorésistance comme facteur sous-jacent central. La dénomination proposée par Reaven était « syndrome X » [4] et il incluait dans ce cluster : insulinorésistance, hyperinsulinémie, hyperglycémie, hypertriglycéridémie, hypo-HDL- cholestérolémie et élévation de la pression artérielle. Dans un deuxième temps, ce même auteur a ajouté au syndrome l'augmentation de l'adiposité abdominale et ce dernier élément est maintenant devenu un facteur clé du syndrome métabolique [5].

Le concept proposé par Reaven a été un stimulant extraordinaire en termes de recherche comme en atteste le nombre impressionnant de publications sur le sujet : plus de 15 000 citations avec le terme « metabolic syndrome » dans la base de données *PubMed* à la date de décembre 2005. Les premières études épidémiologiques ont été centrées sur le fait que ces anomalies sont bien corrélées, surtout avec l'hyperinsulinémie, témoin de l'insulinorésistance, quantifiée par le clamp euglycémique hyperinsulinémique ou par d'autres méthodes comme le test de charge en glucose IV ou le « minimal model » de Bergman [6-8]. Toutefois, les critères décrits par Reaven étaient peu précis, les définitions utilisées n'étaient pas homogènes, ce qui rendaient difficiles les comparaisons entre études ou populations.

Définitions du syndrome métabolique *(tableau 1)*

En 1999, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé une définition du syndrome métabolique dans le cadre de son rapport sur les recommandations pour le diagnostic du diabète [9]. Le critère obligatoire pour diagnostiquer un syndrome métabolique était soit la présence d'une anomalie de la tolérance au glucose (diabète, intolérance au glucose, hyperglycémie modérée à jeun), soit l'existence d'une insulinorésistance affirmée par la technique du clamp euglycémiquehyperinsulinémique. Cependant, cette dernière mesure reste du domaine de la recherche en laboratoire et n'est disponible ni en clinique ni dans le contexte d'études épidémiologiques. Dans ces situations, l'insulinorésistance est le plus souvent évaluée par la mesure de l'insulinémie à jeun seule, ou par l'indice d'insulinorésistance HOMA *(HOmeostasis Model Assessment)* qui correspond à une multiplication de la glycémie à jeun par l'insulinémie à jeun. En plus de ce critère obligatoire, la définition OMS requiert la présence d'au moins deux autres anomalies parmi lesquelles l'augmentation de la pression artérielle, l'augmentation des triglycérides, la baisse du cholestérol-HDL, la présence d'une obésité (définie par un IMC augmenté) ou d'une adiposité abdominale excessive (définie par une élévation du rapport du tour de taille sur le tour de hanches), ou la présence d'une micro-albuminurie.

Deux ans plus tard, le *National Cholesterol Education Program, Advanced Education Panel III* (NCEP-ATP III) a proposé une nouvelle définition du syndrome métabolique *(tableau 1)*, plus pragmatique, car nécessitant uniquement une prise de sang à jeun, une mesure du tour de taille et de la pression artérielle, paramètres faciles à obtenir en clinique ou sur de larges populations [10]. Cette définition a l'avantage d'être simple, elle peut cependant être critiquée sur plusieurs points [11] : le seuil permettant de définir chacune des anomalies du syndrome est arbitraire ; les cinq anomalies sont supposées être de même poids ; cependant, deux anomalies portent sur les lipides sériques, augmentant ainsi l'importance accordée à la dyslipidémie ; en utilisant les critères retenus pour définir une adiposité abdominale excessive, différentes études ont retrouvé une fréquence plus importante de cette anomalie chez les femmes que les hommes, ce qui apparaît en contradiction avec le fait que les hommes sont à risque plus élevé de maladies cardiovasculaires (et de diabète, au moins en France).

Depuis 2001, cette définition NCEP-ATP III a été très

le syndrome métabolique : une épidémie annoncée

par le Dr Beverley Balkau, Inserm U780-IFR69, hôpital Paul-Brousse, APHP

largement diffusée et la plupart des études épidémiologiques sur le sujet l'ont utilisée. Plus récemment, en 2005, d'autres définitions ont été proposées par l'*International Diabetes Federation* (IDF) [12] et par *l'American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute* (AHA/NHLBI) [13] *(tableau 1)* et des études sont en cours pour comparer ces différentes façons d'aborder le syndrome métabolique.

Fréquence du syndrome métabolique en France

La fréquence du syndrome diffère selon la définition utilisée. En particulier, des sujets différents seront dépistés en fonction de l'utilisation de l'une ou l'autre définition. Nous illustrons ici la fréquence du syndrome métabolique en France à partir de données issues d'une population recrutée en 2002-2004 dans les centres d'examens de santé du centre ouest du pays affiliés à l'Institut interrégional pour la Santé (IRSA) *(figure 1)*. Cette population comprend des sujets âgés de 20 à 74 ans avec la même structure d'âge que la population française du recensement de 1999. La fréquence du syndrome métabolique est de 9 % à 19 %, selon le sexe et la définition. On note une fréquence plus faible chez les femmes que chez les hommes ; la définition du NCEP donne la fréquence la plus basse, celle de l'IDF la plus élevée *(figure 1)*.

L'anomalie la plus fréquente en France est l'augmentation de la pression artérielle (pression artérielle systolique ≥ 130 mmHg et/ou pression artérielle diastolique ≥ 85 mmHg), qui peut atteindre jusqu'à 66 % des hommes et 43 % des femmes, ces fréquences augmentant de 1 % si l'on inclut dans la définition la prise d'un traitement anti-hypertenseur. Pour les anomalies des triglycérides et du cholestérol-HDL, les fréquences sont également plus élevées si l'on inclut dans la définition la prise d'un traitement hypolipémiant (qui vise *a priori* surtout à traiter une augmentation du cholestérol-LDL mais dont l'indication précise reste difficile à évaluer dans les études épidémiologiques). Par ailleurs, le changement de seuil pour la glycémie avec les définitions les plus récentes de l'hyperglycémie modérée à jeun (≥ 1,00 g/l au lieu de 1,10 g/l ; cf. *tableau 1*) multiplie, comme attendu, la fréquence de l'augmentation de la glycémie à jeun par trois. De façon analogue, l'abaissement du seuil de tour de taille définissant une adiposité abdominale excessive dans la définition IDF accroît la fréquence de cette anomalie par un facteur deux, voire plus *(figure 1)*.

Il est intéressant de mettre ces données en perspective avec celles obtenues aux États-Unis à partir de l'enquête de surveillance nutritionnelle NHANES III : en utilisant la définition NCEP-ATPIII, chez les sujets âgés de plus de 20 ans, la fréquence du syndrome était de 24 % chez les hommes et 23 % chez les femmes [14]. Pour les deux sexes, l'augmentation du tour de taille, des triglycérides et la baisse du cholestérol-HDL étaient au moins trois fois plus fréquentes aux États-Unis, par rapport aux données françaises [11], et l'élévation de la pression artérielle était deux fois moins fréquente aux États-Unis. Pour l'hyperglycémie à jeun, les fréquences étaient similaires entre pays chez les hommes, mais chez les femmes, cette anomalie était deux fois plus fréquente aux États-Unis.

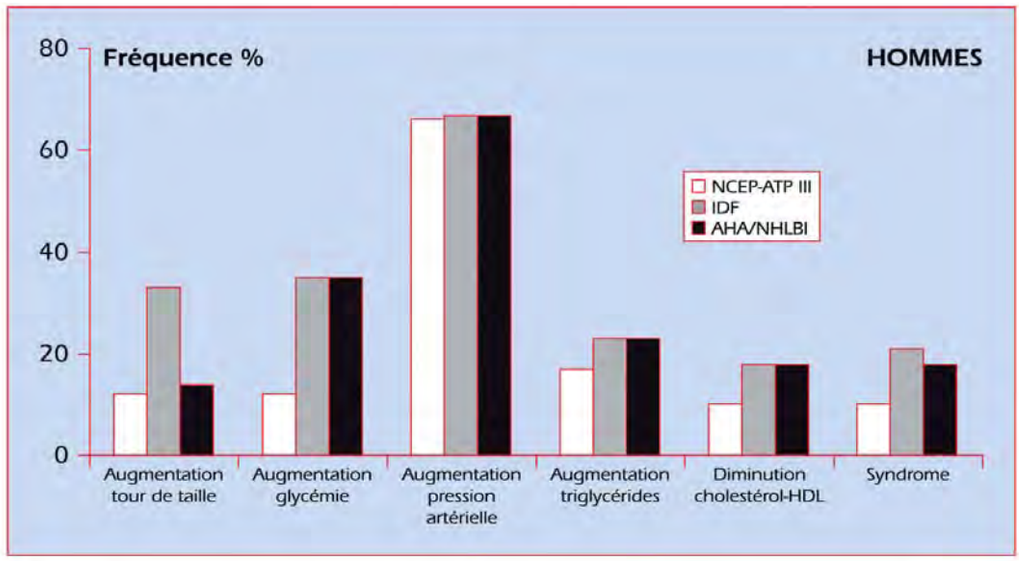
Tableau 1 : Définitions récentes du syndrome métabolique

PARAMÈTRE	NCEP-ATP III [10]	IDF [12]	AHA/NHLBI [13]
TOUR DE TAILLE	Tour de taille > 102/88 cm (hommes/femmes)	Tour de taille ≥ 94/80 cm (hommes/femmes)*	Tour de taille ≥ 102/88 cm (hommes/femmes)
GLYCÉMIE A JEUN	Glycémie à jeun ≥ 1,10 g/l (6,1 mmol/l)	Glycémie à jeun ≥ 1,00 g/l (5,6 mmol/l) ou traitement hypoglycémiant	Glycémie à jeun ≥ 1,00 g/l (5,6 mmol/l) ou traitement hypoglycémiant
PRESSION ARTÉRIELLE	PAS/PAD ≥ 130/85 mmHg	PAS/PAD ≥ 130/85 mmHg ou traitement anti-hypertenseur	PAS/PAD ≥ 130/85 mmHg ou traitement anti-hypertenseur
TRIGLYCÉRIDES	Triglycéridémie ≥ 1,50 g/l (1,69 mmol/l)	Triglycéridémie ≥ 1,50 g/l (1,69 mmol/l) ou traitement spécifique pour cette anomalie lipidique	Triglycéridémie ≥ 1,50 g/dl (1,69 mmol/l) ou traitement spécifique pour cette anomalie lipidique
CHOLESTÉROL-HDL	HDL-cholestérolémie < 0,40/0,50 g/l (1,03/1,29 mmol/l)	HDL-cholestérolémie < 0,40/0,50 g/l (1,03/1,29 mmol/l) ou traitement spécifique pour cette anomalie lipidique	≥ 3 anomalies < 0,40/0,50 g/l (1,03/1,29 mmol/l) ou traitement spécifique pour cette anomalie lipidique
SYNDROME MÉTABOLIQUE	≥ 3 anomalies	Augmentation du tour de taille + ≥ 2 anomalies	≥ 3 anomalies

* Critères pour les Caucasiens.
NCEP-ATP III : *National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III ; IDF: International Diabetes Federation.*
AHA/NHLBI : *American Heart Association/National Heart Lung and Blood Institute.*PAD, pression artérielle systolique et diastolique ; H, hommes ; F, femmes ; >Q4, valeur limite correspondant aux 25 % des sujets de la population ayant les valeurs les plus élevées ; <Q1, valeur limite correspondant aux 25 % des sujets de la population ayant les valeurs les plus basses.

Conséquences du syndrome métabolique : diabète et maladies cardiovasculaires

Une méta-analyse récente des études prospectives de la littérature a quantifié les risques de mortalité toutes causes, de maladie cardiovasculaire et de diabète chez les sujets ayant un syndrome métabolique défini par le NCEP-ATP III [15]. Les risques relatifs étaient respectivement de 1,3 (IC 95 % : 0,9-1,8), 1,6 (1,3-2,0) et 3,0 (1,9-4,6) *(figure 2)*. Ces risques relatifs sont tous statistiquement significatifs, cependant, pour la survenue d'événements cardiovasculaires par exemple, la prédiction était supérieure avec une équation de risque classique telle que celle



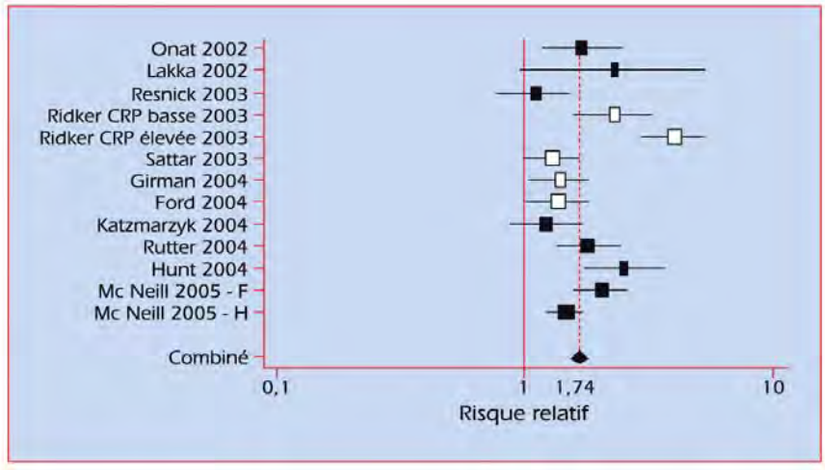


Figure 1. Fréquence en France du syndrome métabolique et de ses anomalies selon les définitions du NCEP-ATP III *(National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III)* [10], de l'IDF *(International Diabetes Federation)* [12] et de l'AHA/NHLBI *(American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute)* [13] chez 19 126 hommes *(figure 1a)* et 18 874 femmes *(figure 1b)* âgés de 20 à 74 ans en 2002-2004, avec une structure d'âge représentative de la population française en 1999. A noter : la fréquence des anomalies lipidiques comprend la prise d'un traitement hypolipémiant ; pour la fréquence du syndrome métabolique, la prise d'un traitement hypolipémiant a été incluse uniquement pour évaluer la fréquence de l'augmentation des triglycérides.

de Framingham [16]. En parallèle, pour la survenue d'un diabète, des facteurs de risque traditionnels comme la glycémie ou la corpulence étaient de plus forts prédicteurs que le syndrome métabolique, quelle que soit la définition utilisée [16].

Dans l'étude européenne DECODE, nous avons étudié l'hypothèse selon laquelle le syndrome métabolique pourrait dépister des sujets à risque cardiovasculaire différents de ceux dépistés par une équation de risque classique [17]. En effet, chez les hommes avec un risque de décès cardiovasculaire dans les 10 ans estimé être inférieur à 5 %, le risque relatif de décès cardiovasculaire en présence d'un syndrome métabolique (défini par le NCEP-ATP III) était de 2,3 (1,1-4,7). Chez les femmes, il n'était pas retrouvé de relation significative (risque relatif de 1,3 [0,4-4,2]). A noter que pour l'augmentation du tour de taille (avec les seuils du NCEP-ATP III), ce même risque était de 2,2 (1,1-4,8) chez les hommes et de 2,3 (0,8-6,7) chez les femmes. D'après ces résultats, la prise en compte de l'adiposité abdominale pourrait être un marqueur de risque plus simple que le syndrome métabolique dans une perspective de prévention cardiovasculaire.

Critiques récentes du syndrome métabolique

Les associations européennes et américaines d'étude du diabète (EASD, *European Association for the Study of Diabetes*, et ADA, *American Diabetes Association*) ont publié en 2005 une « prise de position commune » (« joint statement ») [18] sur le syndrome métabolique. Les critiques formulées sont résumées ci-dessous, avec en italique des éléments de réponse ou des commentaires pour chaque point évoqué.

1. « Le syndrome métabolique n'est pas aussi bien défini ni aussi bien caractérisé qu'on le croit habituellement. » *En effet, Reaven a été prudent et très imprécis et les définitions existantes ne sont pas encore satisfaisantes.*

2. « L'idée selon laquelle le syndrome métabolique est un marqueur de risque cardiovasculaire apportant une information supplémentaire par rapport au risque associé à chacune de ses anomalies constitutives prises individuellement n'est pas établie. » *Comme indiqué ci-dessus, d'après les données de l'étude DECODE, le tour de taille seul est associé à un risque de mortalité cardiovasculaire du même niveau que le syndrome métabolique, chez les sujets considérés à faible risque cardiovasculaire d'après les équations de risque classiques. On peut donc proposer que cet indicateur d'adiposité abdominale soit ajouté au panel existant des facteurs de risque cardiovasculaire.*

3. « Cependant, certains facteurs de risque cardiovasculaire se retrouvent associés de façon plus fréquente que ne le voudrait le hasard, la pathophysiologie sous-jacente au syndrome n'est pas claire. » *Le regroupement (cluster) de ces anomalies métaboliques définissant le syndrome métabolique est incontestable et la recherche des facteurs en cause reste nécessaire.*

4. « La liste de facteurs inclus dans le syndrome n'est pas basée sur des critères bien définis. » *Les anomalies faisant partie du syndrome métabolique ont été choisies suivant les propositions de Reaven [3] ; d'autres anomalies ont été proposées du fait de leur corrélation avec l'insulinémie ou d'autres indices d'insulinorésistance. Le choix des anomalies, les seuils choisis pour définir chaque anomalie, le nombre d'anomalies nécessaire pour affirmer la présence du syndrome sont arbitraires [11].*

Cette prise de position commune se veut « un rappel à une certaine prudence pour les médecins et aussi un appel urgent à davantage de recherche ». La dernière phrase du résumé doit être soulignée : « Traitez tous les facteurs de risque cardiovasculaire, sans prendre en compte si le patient satisfait ou non aux critères de définition du syndrome métabolique. » Ce point de vue n'est cependant pas partagé par tous. *L'American Heart Association*, et en particulier des auteurs comme Grundy ou Eckel, ont argumenté dans la presse scientifique et dans les bulletins transmis par internet, que le syndrome est utile et ils fournissent également des propositions pour son traitement.

Quelle définition pour le syndrome métabolique ?

En clinique, le syndrome permet le dépistage de patients qui présentent un regroupement particulier de différentes anomalies métaboliques. Indépendamment de la définition utilisée, ce dépistage pourra déboucher sur une prise en charge plus « agressive » du patient, même si chaque ano-

malie prise séparément ne justifie pas un traitement spécifique. Ce concept est similaire à celui du risque cardiovasculaire « global », utilisé pour la prise en compte de tous les facteurs de risque cardiovasculaire par une équation de risque, la plus connue étant celle Framingham, celle du projet SCORE paraissant être la plus adaptée à la France. Les schémas de petits carrés colorés du projet SCORE sont un moyen pratique d'évaluer le risque absolu pour un individu, qui va aider à l'éducation et guider le traitement du patient. Cette approche paraît cependant avoir un succès variable en fonction du pays, du contexte et de la spécialité du médecin.

La question reste ouverte de l'intérêt d'ajouter ce concept de syndrome métabolique aux nombreuses situations à risque et maladies à dépister par le médecin généraliste. Il faut souligner que le syndrome métabolique ne prend pas en compte deux facteurs de risque cardiovasculaire majeurs qui sont l'âge et le tabagisme. En conséquence, il ne peut pas remplacer une évaluation du risque global. Par contre, si l'on ajoute le tour de taille aux équations de risque cardiovasculaire existantes, avons-nous encore besoin du syndrome métabolique ?

L'épidémie annoncée de syndrome métabolique

En France, l'étude OBEPI de 1997 en comparaison aux enquêtes de l'INSEE de 1980 et 1991 indique que les fréquences de l'obésité et du surpoids augmentent chez l'adulte, bien que modérément [19]. Cependant, chez les enfants l'augmentation est beaucoup plus nette. La fréquence de chacune des anomalies du syndrome métabolique augmente en parallèle avec celle de l'obésité. Avec l'épidémie d'obésité, surtout chez les jeunes, on peut donc attendre dans les années à venir une « épidémie » du syndrome métabolique, avec ses conséquences délétères : le diabète et les maladies cardiovasculaires. ■

Remerciements *à J. Tichet et S. Vol (Institut interrégional pour la Santé (IRSA), 45, rue de la Parmentière, 37521 La Riche cedex, France) pour communication des données françaises en leur possession sur la fréquence du syndrome métabolique.*

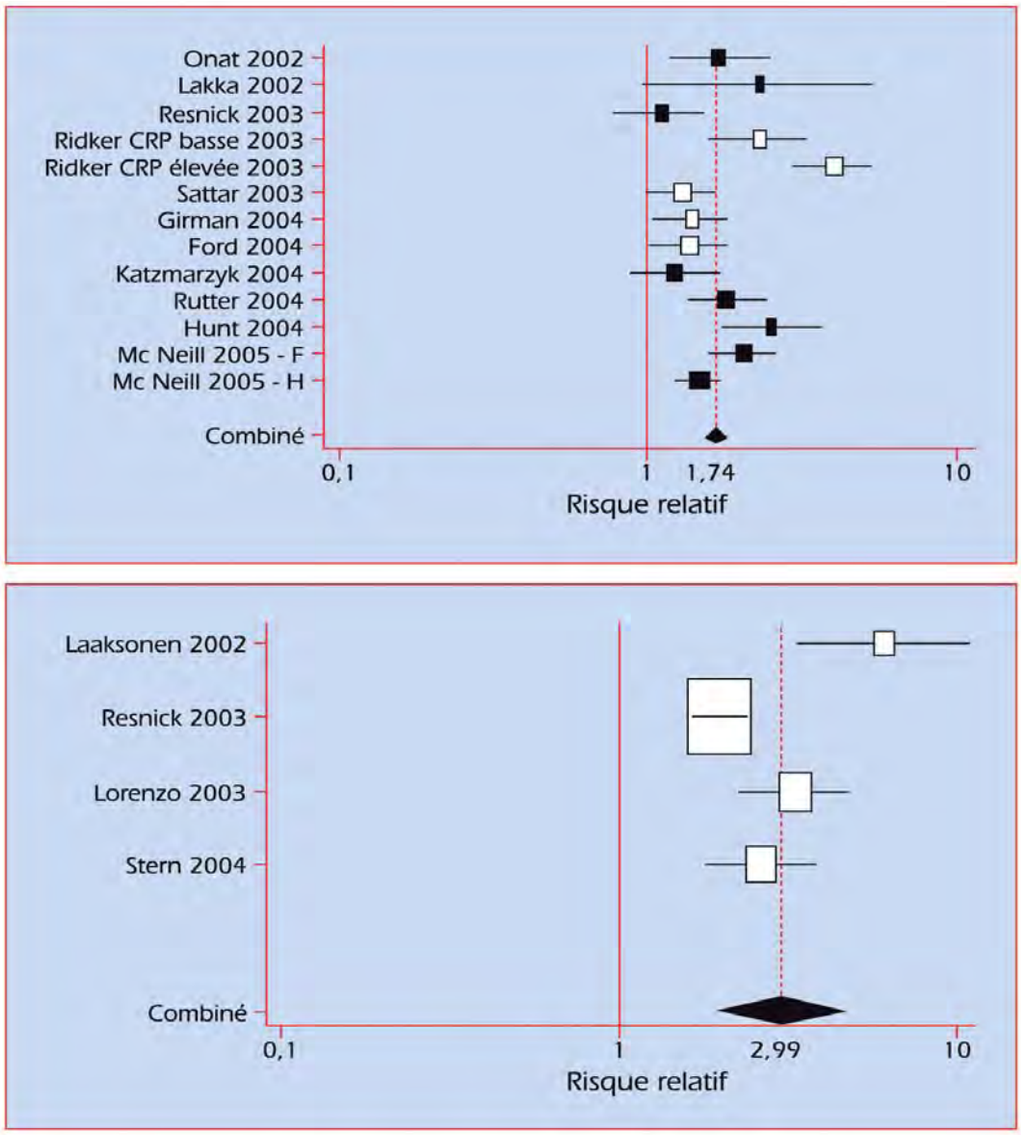


Figure 2. Estimation du risque de diabète (A) et de pathologie cardiovasculaire (B) en présence d'un syndrome métabolique défini selon le NCEP-ATP III (carrés pleins, définition exacte ; carrés ouverts, définition modifiée, voir texte). Adapté d'après [15].

Références bibliographiques :

1. Kylin E. Studien über das Hypertonie-Hyperglykämie-Hyperurika miesyndrom. *Zentralblatt für Innere Medizin* 1923 ; 44 : 105-27.
2. Avogaro P, Crepaldi G, Enzi G, Tiengo A. Associazione di iperlipidemia, diabete mellito e obesita de medio grado. *Acta Diabetol Lat* 1967 ; 4 : 36-41.
3. Reaven GM. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988 ; 37 : 1595-07.
4. Reaven GM. The fourth musketeer-from Alexandre Dumas to Claude Bernard. *Diabetologia* 1995 ; 38 : 3-13.
5. Ferrannini E, Haffner SM, Mitchell BD, Stern MP. Hyperinsulinaemia : the key feature of a cardiovascular and metabolic syndrome. *Diabetologia* 1991 ; 34 : 416-22.
6. Haffner SM, Valdez RA, Hazuda HP, Mitchell BD, Morales PA, Stern MP. Prospective analysis of the insulin-resistance syndrome (syndrome X). *Diabetes* 1992 ; 41 : 715-22.
7. DeFronzo RA, Tobin JD, Andres R. Glucose clamp technique : a method for quantifying insulin secretion and resistance. *Am J Physiol* 1979 ; 237 : E214-23.
8. Bergman RN. Lilly lecture 1989. Toward physiological understanding of glucose tolerance. Minimal-model approach. *Diabetes* 1989 ; 38 : 1512-27.
9. World Health Organisation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO consultation, 1999.
10. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001 ; 285 : 2486-97.
11. Balkau B, Vernay M, Mhamdi L, *et al*. DESIR Study Group. The incidence and persistence of the NCEP (National Cholesterol Education Program) metabolic syndrome. The French DESIR study. *Diabetes Metab* 2003 ; 29 : 526-32.
12. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome—a new worldwide definition. *Lancet* 2005 ; 366 : 1059-62.
13. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, *et al*. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005 ; 112 : 2735-52.
14. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults : findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002 ; 287 : 356-9.
15. Ford ES. Risks for all-cause mortality, cardiovascular disease, and diabetes associated with the metabolic syndrome : a summary of the evidence. *Diabetes Care* 2005 ; 20 : 1769-78.
16. Stern MP, Williams K, Gonzalez-Villalpando C, Hunt KJ, Haffner SM. Does the metabolic syndrome improve identification of individuals at risk of type 2 diabetes and/or cardiovascular disease? *Diabetes Care* 2004 ; 27 : 2676-81.
17. Balkau B, Qiao Q, Tuomilehto J, Borch-Johnsen K, Pyöralä K. Does the metabolic syndrome detect further subjects at high risk of cardiovascular death, or is a conventional cardiovascular risk score adequate? *Diabetologia* 2005 ; 48 : A119.
18. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome : time for a critical appraisal : joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2005 ; 28 : 2289-304 ; *Diabetologia* 2005 ; 48 : 1684-99.
19. Charles MA. Update on the epidemiology of obesity and type 2 diabetes in France. *Diabetes Metab* 2000 ; 26 (S3) : 17-20.

Société Française d'Hygiène Hospitalière

La Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) tient son 20e Congrès annuel à Nice les 4 et 5 juin 2009 et, pour la deuxième année consécutive, en association avec celui de la Société des infirmières et infirmiers en hygiène hospitalière de France (SIIHHF). Cela s'explique par la volonté de ces deux sociétés de fusionner dès cette année pour donner naissance à une unique société dans laquelle se retrouveront tous les professionnels impliqués dans la prévention du risque infectieux associé aux soins et dans l'hygiène en milieu de soins.

Rappelons que leurs actions sont centrées sur trois missions principales : d'abord, une contribution forte à la prévention des risques infectieux dans la sécurité et la qualité des soins, à l'épidémiologie et la lutte contre les infections nosocomiales, mais aussi aux questions de sécurité sanitaire, d'évaluation et de gestion des risques dans le domaine infectieux. L'organisation, ensuite, de réunions scientifiques et la mise en place de groupes de travail qui émettent des recommandations au niveau national. Et enfin, une action de formation, d'information, d'enseignement et de recherche pour la prévention de ces risques infectieux.

Un Conseil Scientifique propose au Conseil d'Administration les thèmes et sujets à traiter en vue des congrès, et il valide la mise en place et la production des groupes de travail. Ces derniers constituent les différents comités et commissions actifs :

Comité des Référentiels qui élabore les recommandations de pratiques cliniques,

Commission des Soins qui étudie les limites et les freins auxquels sont aujourd'hui confrontés les professionnels au moment d'appliquer les règles d'hygiène hospitalière,

Commission Recherche qui fait émerger les projets en proposant des études et en développant des collaborations avec d'autres réseaux,

Commission des Relations Internationales qui met en place des coopérations avec les pays francophones et organise des ateliers pratiques,

Comité de la Liste Positive des Désinfectants qui, depuis 1996, publie tous les ans une liste établie selon des critères normatifs (bien qu'elle ne soit ni opposable ni exhaustive) afin d'aider les professionnels dans leur choix de produits désinfectants.

Parmi les dernières recommandations de la société, qui sont publiées dans la revue Hygiènes (organe de publication officiel de la société), citons les recommandations nationales en matière de prévention pour la transmission croisée des micro-organismes (avril 2009) qui touchent aux mesures à mettre en place pour éviter que des bactéries, notamment résistants aux antibiotiques, ne se transmettent ; ces recommandations constituent un élément de réponse à la problématique des précautions standard et complémentaires, et du dépistage.

Sera prêt pour le congrès, un guide sur l'hygiène des mains, complémentaire de celui publié en 2002 et qui inclura les différentes évolutions dans ce domaine.

Est en voie de finalisation, un document relatif à l'information et la communication, afin de mettre à la disposition des professionnels en hygiène un outil leur permettant de communiquer avec leurs confrères et avec les usagers, en leur fournissant des messages clairs et compréhensibles.

Quant au congrès, qui se tient à Nice Acropolis les 4 et 5 juin 2009, il est organisé, comme chaque année, autour de quatre sessions plénières et d'une multitude d'ateliers. L'édition 2009 se consacrera à la question de l'hygiène des mains de l'hôpital au domicile, à la communication autour de l'infection associée aux soins, que ce soit pour l'usager, pour l'établissement de santé ou pour les décideurs, à la place des équipes opérationnelles de l'hygiène hospitalière dans la gestion des risques de manière globale, et elle dressera enfin un bilan des programmes 2005-2008 et des indicateurs nationaux des infections associées aux soins, avant le lancement du programme 2009-2012.

Il existe des axes sur lesquels la société se penche actuellement : savoir comment faire adhérer l'ensemble des professionnels à l'application des mesures en vigueur et comment utiliser les indicateurs et permettre leur compréhension par les usagers ; développer la recherche, puisque de nombreuses interrogations persistent encore sur les mécanismes de survenue des infections nosocomiales ; réfléchir aux questions de développement durable et d'environnement (une commission ad hoc a été mise en place en 2008).

par le Dr Joseph Hajjar
président de la SFHH

XXè congrès national de la SFHH
XXè journées nationales de la SIIHHFF
le 4 et 5 juin 2009 à Nice

les aspects scientifiques

Le congrès d'hygiène de Nice est constitué de 4 thèmes principaux :

L'hygiène des mains : de l'hôpital au domicile

La communication autour de l'Infection Associées aux Soins pour l'usager, pour l'établissement de soins et pour les décideurs de santé publique

Les leçons du programme 2005-2008 et des indicateurs nationaux de l'Infection Associée aux Soins, et la suite

La place des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière dans la gestion des risques

Le premier thème permettra de présenter la mise à jour 2009 du référentiel sur l'hygiène des mains par la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). La dernière mouture datait de 2002 ; cette remise à jour, coordonnée par le Dr Keita Perse, a permis de préciser les normes, les différents types d'hygiène des mains, les indications, la tolérance cutanée, les stratégies d'implantation et d'évaluation, les indicateurs et la communication. Des outils (argumentaires, affiches, ...) pour aider les équipes sont également disponibles dans ce guide. La présentation de ce référentiel aura été précédée par la journée nationale d'hygiène des mains du 5 mai 2009. Le groupe ayant rédigé le guide a été impliqué dans la rédaction de l'argumentaire scientifique de cette journée. A cette même période, les recommandations nationales pour la prévention de la transmission croisée ont été diffusées. Un atelier de formation continue lors du congrès permettra de mettre en application ces recommandations.

Le deuxième thème permettra également de présenter les travaux d'un groupe de travail d'experts pluridisciplinaires sur la communication autour de l'infection nosocomiale. En effet, la communication autour des infections associées aux soins a pris une place prépondérante dans la gestion du risque infectieux, dans une démarche explicative et de transparence mais aussi d'amélioration de la qualité des soins. Ce groupe, coordonné par le Dr Lepelletier et le Pr Vanhems, est composé de représentants des Conseils d'Administration et Scientifique, des membres de la SFHH, ainsi que des représentants des CCLINs, de la presse médicale écrite, de la Cellule Communication de l'Institut de Veille Sanitaire, de la Direction des Risques de la Générale de Santé, et de la Mission pour le Développement de la Médiation, de l'Information des usagers et du Dialogue pour la Sécurité des Soins. Cinq catégories d'indicateurs ont été retenues afin de servir de support de communication : le tableau de bord ministériel des infections nosocomiales (IN), les données épidémiologiques et d'activités, les situations épidémiques et de crise, les Etats Généraux et les journées nationales d'action, et enfin les recommandations nationales de prévention, le plan national de lutte contre l'infection nosocomiale. Un atelier permettra également d'aborder la problématique de l'information et de la communication autour de l'IN. Le guide définitif sera diffusé à partir du mois de septembre 2009.

Le troisième thème permettra de faire le point sur le programme de lutte contre les IN 2005-2008 et de l'utilisation des indicateurs. Le Dr Grandbastien, ancien président du CTINILS, fera une synthèse du bilan de ce programme et différents intervenants, impliqués dans la constitution et le suivi du tableau de bord des IN, présenteront les avantages et les inconvénients de ces indicateurs. Le prochain programme de lutte contre les IAS 2009-2012 sera présenté pour sa part dans la session « Actualités » du congrès. Cette session « Actualités » permettra notamment d'exposer la nouvelle circulaire vis-à-vis du risque prion, et l'impact de la maitrise du risque infectieux sur l'environnement dans le cadre du développement durable.

Le quatrième thème permettra de préciser les interrelations et le partage d'expériences entre les équipes d'hygiène hospitalières et la gestion des risques. Un atelier sera également consacré à ce thème. Il y aura également un atelier sur le signalement des IN, véritable outil, de la vigilance et de la gestion des risques.

Une présentation du best-of de la littérature scientifique de l'année sera également réalisée par des orateurs issus du conseil scientifique de la SFHH. Cette synthèse de la littérature est très appréciée car elle permet d'exposer en une heure la plupart des articles marquants de l'année dans le domaine de l'hygiène. Les diapositives des orateurs et les références bibliographiques sont ensuite disponibles sur le site internet de la SFHH.

Une conférence invitée sera faite par le Pr Flahault sur la modélisation du risque infectieux. Cet exposé du directeur de l'école des hautes études en santé publique sera, à n'en pas douter, un temps fort de ce congrès. Les techniques de modélisation sont de plus en plus utilisées dans le domaine des maladies infectieuses et leur application à la problématique des IN parait tout à fait prometteuse notamment pour étudier ou prédire l'efficacité de mesures de contrôle ou de prévention.

Le congrès permettra aussi de présenter les travaux des paramédicaux et médicaux hygiénistes avec 6 sessions de communications orales et un espace communications affichées. La session de communications libres juniors sera l'occasion de la présentation des travaux des jeunes hygiénistes.

Au total, un programme de qualité qui devrait permettre à n'en pas douter de nombreux échanges scientifiques et retours d'expériences.

Professeur Philippe Berthelot
président du conseil scientifique

congrès de la société française d'hygiène hospitalière : le partenariat avec les industriels

La société Française d'Hygiène Hospitalière est une société savante ayant pour objectif la fédération des professionnels qui œuvrent dans le domaine de la prévention, de la gestion et de la formation sur les questions d'infections nosocomiales et associées aux soins. Pour atteindre ces objectifs la SFHH s'est fixée les missions suivantes :

– l'étude des problèmes d'hygiène hospitalière et, notamment la promotion de la qualité des soins, l'évaluation et l'accréditation, la sécurité et la vigilance sanitaires, l'épidémiologie et la prévention des infections nosocomiales.

– l'organisation de réunions scientifiques et la publication de tous documents visant à analyser et à améliorer la prévention des infections ainsi que l'organisation de groupes de travail pour émettre des recommandations.

– toute autre action qui parait nécessaire et en particulier toute action de formation, d'information, d'enseignement et de recherche.

Quelle place pour le partenariat entre notre société et les industriels ?

Incontournable et nécessaire. Lors de son congrès annuel, la SFHH organise durant 2 jours une exposition dite des « laboratoires ». En fait il s'agit d'une véritable vitrine mise à disposition des congressistes. Ce rendez-vous annuel rassemble un nombre croissant de congressistes : en 2002, lors de notre congrès à Toulouse, nous avons enregistré 550 congressistes environ contre 1 200 à Paris en 2008. Coté industriel les chiffres parlent également : en 2002 à Toulouse 38 sociétés étaient présentes pour une surface d'exposition de 288 m², contre 54 sociétés sur 595 m² en 2008. Le congrès de 2009 sera encore plus suivi par nos partenaires industriels qui seront 58 sur une surface d'environ 610 m². Le congrès de la Société Francaise d'Hygiène Hospitalière est devenu au cours de ces dix dernières années LE rendez-vous national des professionnels de santé et des industriels dont les activités sont centrées sur la lutte contre les infections.

Ces professionnels de santé, premiers intéressés par la présentation de toutes les innovations industrielles car, fortement impliqués dans la réalisation des soins, reconnaissent l'évolution favorable de ce temps du congrès. Les industriels ont de leur coté compris tout l'intérêt de soigner ce temps privilégié de rencontre avec les professionnels et reconnaissons qu'ils le font très bien avec une constante amélioration au cours de ces dernières années, dans leur qualité de communication. Ces innovations industrielles concernent 3 grands domaines : les dispositifs médicaux, les produits et procédures innovantes.

Depuis juin 2004, lors de notre congrès de Montpellier, nous offrons la possibilité aux industriels d'optimiser leur communication auprès des congressistes par la tenue de symposiums portant sur des thèmes de leur choix, ou de sessions de l'innovation faisant état de leurs productions nouvelles et ayant un caractère innovant. La seule exigence des organisateurs est le respect d'un règlement qui leur est remis au préalable et qui fixe le cadre de ces sessions. Lors du premier congrès en 2004, qui a lancé cette nouvelle formule, deux sessions de l'innovation se sont déroulées devant un public clairsemé ! Un travail conjointement mené à la fois par le comité d'organisation du congrès et par les industriels a permis de modifier et d'améliorer ces prestations. Nous enregistrons aujourd'hui plus de demandes que de temps de communication que nous offrons, nous ne pouvons satisfaire tous les besoins exprimés. Les réservations se font une année à l'avance, les salles sont généralement emplies par des professionnels qui apprécient cette formule.

En résumé, le partenariat industriel qui s'est construit au cours des dix dernières années est un partenariat solide, respectueux du travail de chacun et qui devra se poursuivre car les patients, les professionnels et les industriels en ont besoin. A ce jour, une des préoccupations de la Société Francaise d'Hygiène Hospitalière est d'introduire dans les travaux qu'elle initie, les questions de développement durable et d'environnement. A ce titre, elle a créé une commission chargée de conduire une réflexion sur ce thème dans le domaine qui est le sien. La qualité du partenariat avec les industriels, construit au cours de ces années, devrait lui permettre d'avancer plus sereinement. Ce travail de réflexion, réalisé dans le cadre de la SFHH, sera conduit sur le terrain scientifique et avec l'objectif du maintien de la qualité des soins distribués aux usagers. Un nouveau et vaste « chantier » est ouvert pour les années à venir avec la nécessaire participation de notre société.

Daniel Zaro-Goni
Vice Président de la SFHH

Programme préliminaire

Nice
4 et 5 juin 2009

www.sfhh.net www.siihhf.org

XX[e] Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière

XX[es] Journées Nationales SIIHHF

20[e] journées d'étude et de formation en hygiène hospitalière

PROGRAMME PRELIMINAIRE

Jeudi 4 juin

07 h 30 — *Accueil des congressistes*

08 h 30 – 09 h 00 — **Allocution des personnalités**
Philippe Paquis (Nice), Daniel Benchimol (Nice), Joseph Hajjar (Valence), Christine Chemorin (Lyon)

09 h 00 – 10 h 00 — **■■ ■ Session plénière 1**

■ Hygiène des mains : de l'hôpital au domicile.
Modérateurs : *Martine Erb (Lille), Emmanuel Chamorey (Nice)*
- Actualisation des recommandations SFHH d'hygiène des mains.
Olivia Keita-Perse (Monaco)
- Hygiène des mains : de la théorie à la pratique.
Raphaëlle Girard (Lyon)

10 h 00 – 10 h 30 — *Pause - Visite de l'exposition*

10 h 30 – 11 h 00
- Session de l'Innovation parrainée par BD
- Session de l'Innovation parrainée par Cooper
- Session Posters (présentation par les auteurs)

11 h 00 – 12 h 30 — **■■ ■ Sessions parallèles**

■ SP1 Communications libres 1 : session paramédicale
Modérateurs : *Patricia Degus (Nice), Didier Lepelletier (Nantes)*
- Accidents d'exposition au sang par piqûres avec matériels de sécurité : étude multicentrique nationale 2005-2006.
Céline Ciotti (Paris)
- Les cathéters courts veineux périphériques en pédiatrie.
Sylvie Chauvin (Paris)
- La lutte contre les infections associées aux soins en HAD dans la région Nord-Pas-de-Calais.
Ghislaine Lemaire (Lille)
- Evaluation du nombre d'occasions d'hygiène des mains par friction de produit hydro-alcoolique dans le pôle médecine d'un centre hospitalier universitaire.
Laurence Mordelet (Nantes)
- Un outil de suivi mensuel de l'indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique piloté par le service de soins.
Raymond Nasso (Pointe-à-Pitre)

■ SP2 Communications libres 2
Modérateurs : *Anne-Marie Rogues (Bordeaux), Bruno Grandbastien (Lille)*
- Un niveau bas et persistant d'HLA-DR monocytaire est associé indépendamment au développement d'infections nosocomiales après un choc septique.
Caroline Landelle (Lyon)

PROGRAMME PRELIMINAIRE

- Rôle de l'infection des cathéters centraux dans la survenue d'une infection du site opératoire après chirurgie cardiaque : analyse d'un registre de 10 ans.
Marie-Pierre Tavolacci (Rouen)
- Le portage nasal de *Staphylococcus aureus* est-il un facteur de risque majeur d'infection du site opératoire en chirurgie orthopédique ?
Philippe Berthelot (Saint-Etienne)
- Estimation de l'incidence des infections pulmonaires précoces associées à l'intubation en réanimation.
Philippe Vanhems (Lyon)
- Conformité des pratiques d'antibioprophylaxie chirurgicale et risque infectieux : analyse des données du réseau inciso.
K. Miliani (Paris)
- Alerte, surveillance et signalement des infections associées aux soins : une base de données unique.
Yasmina Berrouane (Nice)

■ SP3 Communications SPILF : Hygiène et vaccins
Modérateurs : *Pierre-Marie Roger (Nice), Hervé Blanchard (Paris)*
- Prévention vaccinale contre la grippe et la coqueluche.
Jacques Gaillat (Annecy)
- Prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose.
Elisabeth Bouvet (Paris)
- Prévention vaccinale contre l'hépatite B et la varicelle.
Christian Rabaud (Nancy)

■ SP4 Session Parallèle 1 : Quelle approche de l'hygiène des mains de l'hôpital au domicile ?
Modérateurs : *Gilda Lormeau (Fréjus), Marcelle Mounier (Limoges)*
- Campagne d'information INPES.
Christine Jestin (Saint-Denis)
- L'hygiène des mains dans la prévention de la transmission croisée en HAD.
Claudine Villenave-Uszol (Talence)
- Hygiène des mains et activité libérale.
Céline Hernandez (Strasbourg)

12 h 30 – 14 h 00 — *Déjeuner*

12 h 45 – 13 h 45 — ■ Symposium parrainé par 3M Santé

13 h 00 – 14 h 00 — ■ Rendez-vous de la SIIHHF - Actualités

14 h 00 – 14 h 30
- Session de l'Innovation parrainée par Concept Microfibre
- Session de l'Innovation parrainée par Labover

PROGRAMME PRELIMINAIRE

14 h 30 – 15 h 30 — **■■ ■ Session plénière 2**

■ Quelle communication autour de l'Infection Associée aux Soins ? Pour l'usager, pour l'établissement de soins et pour les décideurs de santé publique.
Modérateurs : *Joëlle Bérard (Monaco), Joseph Hajjar (Valence)*
- Recommandations du groupe information, communication de la SFHH.
Philippe Vanhems (Lyon), Didier Lepelletier (Nantes)
- La médiation.
Michèle Guillaume-Hoffnung (Paris)

15 h 30 – 16 h 00 — *Pause – Visite de l'exposition*
- Session Posters (présentation par les auteurs)

16 h 00 – 17 h 30 — **■■ ■ Sessions parallèles**

■ SP5 Communications libres 3
Modérateurs : *Pascale Chaize (Montpellier), Raoul Baron (Brest)*
- Un nouvel outil pour mieux évaluer le risque viral environnemental : qualification du biocollecteur *coriolis μ* pour la récupération et l'identification des virus dans l'air.
Crespin Codjo Adjidé (Amiens)
- Amélioration de la qualité et du délai de mise en place des précautions « air » vis-à-vis des patients tuberculeux bacillifères.
Frédéric Barbut (Paris)
- Epidémie d'infections dues à *Mycoplasma pneumoniae* chez les personnels de santé des urgences pédiatriques d'un CHU.
Philippe Berthelot (Saint-Etienne)
- « L'engagement friction » ou comment améliorer la sécurité des soins (et doubler son ICSHA) en 2 mois ?
Mathieu Llorens (Metz)
- Traitement hygiénique des mains par friction : quelle dose pour un produit ? Etude multicentrique conduite par les membres du groupe ICSHA.
Raphaëlle Girard (Pierre-Bénite)
- Recrudescence des cas de gastro-entérites signalés au CCLIN Paris-Nord durant l'hiver 2008-2009.
Caroline Neulier (Paris)

■ SP6 Communications libres 4 : BMR à potentiel épidémique
Modérateurs : *Pierre Parneix (Bordeaux), Evelyne Gaspaillard (Saint-Brieuc)*
- *Acinetobacter baumannii* multi-résistant dans une unité de chirurgie orthopédique septique : épidémie ou endémie ?
Jérôme Salomon (Garches)
- Surveillance de *Escherichia coli* BLSE en 2008 dans l'inter-région Nord (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Haute-Normandie).
Isabelle Arnaud (Paris)

- Pratiques du dépistage du staphylocoque méthicillino-résistant chez des patients ERG+.
Alexis Hautemaniere (Vandœuvre-les-Nancy)
- Le point sur l'épidémie ERV. Où en sommes-nous en Picardie ?
Caroline Neulier (Paris)
- Rôle du cohorting dans le contrôle de l'épidémie d'*Enterococcus faecium* Vancomycine résistant au CH de Lens.
Dominique Trivier (Lens)
- Epidémie d'entérocoques résistants aux glycopeptides au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens: quelles leçons pour les futures crises au niveau des institutions hospitalières ?
Crespin Codjo Adjidé (Amiens)

▪ SP7 Communications libres "junior"
Modérateurs : *Philippe Vanhems (Lyon), Didier Lepelletier (Nantes)*
- Comparaison des facteurs de risque de bactériémie nosocomiale à *Staphylococcus aureus* et à *Pseudomonas aeruginosa* en réanimation.
Nagham Khanafer (Lyon)
- Etude de faisabilité d'une surveillance des complications infectieuses et mécaniques sur chambres à cathéter implantables en routine à l'échelle d'un pôle d'activité clinique.
Hélène Marini (Rouen)
- Surveillance des pneumopathies nosocomiales dans les services de réanimation des HCL.
El Hadj Benzaid (Lyon)
- Evaluation de l'état cutané des mains de plus de 1 800 personnels dans 9 établissements de soins des réseaux Azurclin et Riviera-Clin des Alpes-Maritimes.
Paul Sacleux (Nice)
- Bactériémies à *Achromobacter denitrificans* dans une unité d'oncologie-hématologie pédiatrique dues à la contamination de pulvérisateurs de détergent-désinfectant.
Emilie Huguon (Nice)
- Enquête sur la connaissance du statut immunitaire varicelle chez des étudiants du CHU de Poitiers.
Matthieu Mechain (Poitiers)

▪ SP8 Session Parallèle 2 : Communication autour de l'infection associée aux soins : retour d'expériences.
Modérateurs : *Thierry Fosse (Nice), Françoise Ribot (Le Mans)*
- Gestion d'un phénomène épidémique : moyen et long terme.
Christian Rabaud (Nancy)
- Communication sur une situation de crise (DUS-DGS).
Jacques Chemardin (Paris)
- Vision du directeur.
Philippe Van de Woestyne (Lille)

17 h 30 – 18 h 00 ▪ Remise des prix

18 h 00 – 19 h 00 *Assemblée Générale élective de la SFHH*

PROGRAMME PRELIMINAIRE

Vendredi 5 juin

08 h 00 – 09 h 00

■■■ Sessions parallèles

▪ SP9 « Best of de la littérature »
Jean-Christophe Lucet (Paris), Philippe Vanhems (Lyon), Anne-Marie Rogues (Bordeaux), Martine Erb (Lille), Chantal Léger (Poitiers)

▪ Rencontres avec l'expert (4 ateliers)
- **SP10** Information et communication : mode d'emploi.
Richard Zarzavadjan (Paris), Catherine Decade (Ferolles-Attilly), Didier Lepelletier (Nantes)
- **SP11** Gestion des risques appliquée à l'hygiène hospitalière.
Jean-François Quaranta (Nice), Michel Troadec (Fréjus), Laurence Champion (Nice)
- **SP12** Signalement des infections associées aux soins.
Bruno Coignard (Saint-Maurice), Michel Wiesel (La-Roche-sur-Yon), Daniele Landriu (Paris)
- **SP13** Prévention de la transmission croisée.
Hervé Blanchard (Paris), Alain Lepape (Lyon), Corinne Coclez-Meyer (Compiègne)

09 h 00 – 10 h 00

■■■ Session plénière 3

▪ Indicateurs nationaux de l'infection associée aux soins.
Modérateurs : *Jean-Christophe Lucet (Paris), Yasmina Berrouane (Nice)*
- Les leçons du programme 2005-2008 et des indicateurs nationaux de l'Infection Associée aux Soins, et la suite ?
Bruno Grandbastien (Lille)
- Bilan des indicateurs nationaux associés aux soins.
Pierre Parneix (Bordeaux)

10 h 00 – 10 h 30 *Pause - Visite de l'exposition*

10 h 30 – 11 h 00
▪ Session de l'Innovation parrainée par Sanivap
▪ Session de l'Innovation parrainée par Alkapharm
▪ Session Posters (présentation par les auteurs)

PROGRAMME PRELIMINAIRE

11 h 00 – 12 h 30

■■■ Sessions parallèles

▪ SP14 Communications libres 5 : Session paramédicale
Modérateurs : *Michèle Aggoune (Paris), Patrick Jambou (Nice)*
- Au-delà des moyens et des résultats, des indicateurs de qualité de la désinfection des mains par friction. Etude comparative 2007-2008.
Charles Fournier (Lille)
- Création d'un indicateur de consommation de PHA au bloc opératoire.
Morgane Cosse (Brest)
- Alerte à l'hépatite B, ou comment gérer les rappels de patients exposés.
Adel Bouakline (Auxerre)
- Gestion du risque aspergillaire lié aux travaux dans un établissement multi-sites : création d'un système d'évaluation et de surveillance.
Catherine Theodora (Corbeil-Essonnes)
- Gestion du risque infectieux en endoscopie : évaluation de l'organisation et des pratiques dans 88 établissements du Sud-Ouest de la France.
Chantal Léger (Poitiers)

▪ SP15 Communications libres 6 : Information et communication
Modérateurs : *Daniel Zaro Goni (Bordeaux), Gilles Antoniotti (Paris)*
- Evaluation de la pertinence de la prescription d'antibiotiques chez les patients présentant une infection urinaire en SSR.
Muriel Soulier-Majidi (Saint-Maurice)
- Les communications autour de l'infection. Tirer les leçons de nos erreurs passées.
Monique Rothan-Tondeur (Ivry-sur-Seine)
- Impact économique d'une épidémie à Rotavirus dans un service de long séjour.
Emmanuel Piednoir (Grandville)
- Risque viral hématogène consécutif à un dysfonctionnement de l'entretien d'un endoscope digestif : qu'en pensent les patients concernés ?
Gilles Manquat (Chambéry)
- Bilan des plaintes pour dommage corporel adressées aux affaires médicales du Centre Hospitalier de Lens entre 2001 et novembre 2007.
Dominique Trivier (Lens)
- L'information sur le risque d'infection nosocomiale fait-elle peur aux patients ?
Véronique Merle (Rouen)

PROGRAMME PRELIMINAIRE

▪ SP16 Session Parallèle 3 : Intérêts et limites des indicateurs en hygiène.
Modérateurs : *Sylvie Gabriel (Monaco), Philippe Berthelot (Saint-Etienne)*
- Intérêts et limites.
Philippe Loirat (Villejuif)
- Bon usage des antibiotiques et DDJ.
Pierre-Marie Roger (Nice)
- Indicateur SARM : bon indicateur de transmission croisée ?
Thierry Fosse (Nice)

▪ SP17 Actualités en hygiène hospitalière
Modérateurs : *Olivia Keita-Perse (Monaco), Bruno Coignard (Saint-Maurice)*
- Programme LIN 2009-2012.
Christian Brun-Buisson (Créteil)
- Mise à jour de la circulaire 138 (prion).
Joseph Hajjar (Valence)
- Développement durable : impact de la maîtrise du risque infectieux sur l'environnement.
Philippe Hartemann (Vandœuvre-les-Nancy)
- Webiso : la surveillance des infections de site opératoire via internet.
Pascal Jarno (Rennes)
- Bactéries multi-résistantes émergentes et importation.
Christine Lawrence (Garches)
- Evaluation du risque infectieux viral hématogène lié à la non stérilisation entre chaque patient des porte-instruments rotatifs en chirurgie dentaire.
Jean-Michel Thiolet (Saint-Maurice)

12 h 30 – 14 h 00 *Déjeuner*

12 h 45 – 13 h 45 ▪ Symposium parrainé par Anios

14 h 00 – 14 h 30
▪ Session de l'Innovation parrainée par 3M Santé
▪ Session de l'Innovation parrainée par Ethicon

PROGRAMME PRELIMINAIRE

14 h 30 – 15 h 15

■■ ■ Conférence invitée

▪ **Modélisation des risques infectieux.**
Antoine Flahault (Rennes)

15 h 15 – 15 h 30

Restitution de la simulation de la transmission croisée
Philippe Vanhems (Lyon)

15 h 30 – 16 h 30

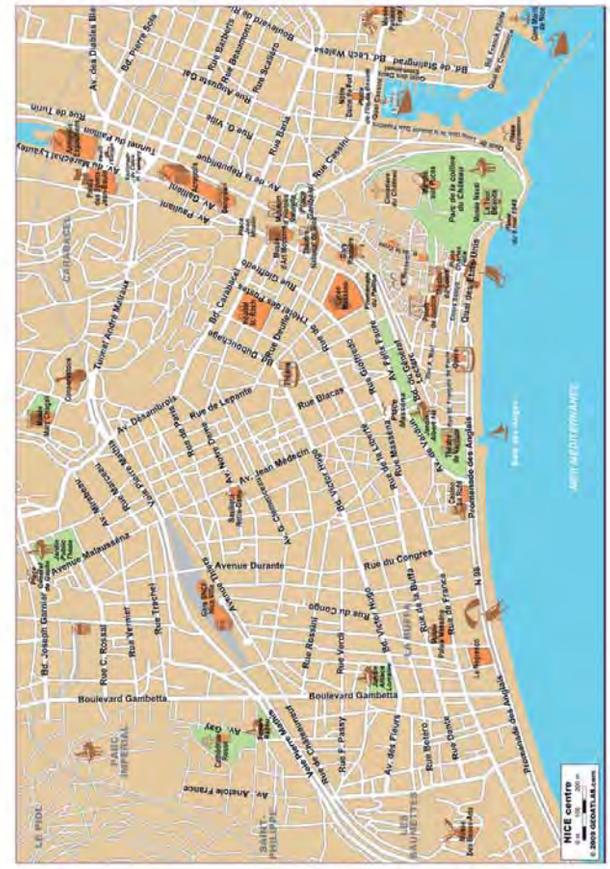
■■ ■ Session plénière 4

▪ **Place des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière dans la gestion des risques**
Modérateurs : *Jean-François Quaranta (Nice), Christine Chemorin (Lyon)*
- Les interrelations hygiène hospitalière et gestion des risques.
Benoist Lejeune (Brest)
- D'une mission d'hygiéniste au métier de gestionnaire des risques.
Murielle Caron (Bois-Bernard)

16 h 45

Clôture du congrès

PLAN D'ACCES


Boulevard Gambetta
Avenue Durante
Rue du Congrès
Rue Blacas
Rue de Lepante
Av. Desambrois
Av. Jean Médecin
Av. Malausséna
Av. Thiers
Rue Rossini
Rue Verdi
Rue du Congo
Rue de France
Rue de la Buffa
Rue Pastorelli
Rue Tonduti
Rue Gioffredo
Rue Dubouchage
Rue de Suède
Rue Meyerbeer
Rue Alsace Lorraine
Rue Pierre Sola
Rue Barla
Rue Cassini
Rue Defly
Rue Grimaldi
Rue Masséna
Rue de la Liberté
Av. Auguste Gal
Av. Félix Faure
Av. Thiers
Av. Durante
Av. Malausséna
Av. Jean Médecin
Av. Desambrois

Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques

(Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1. Contexte

La pose d'un cathéter veineux périphérique est un acte de soin très fréquent (on estime à 25 millions le nombre annuel de cathéters veineux périphériques mis en place en France). Il peut être à l'origine d'infections locales ou systémiques, potentiellement sévères.

La prévention de ces infections a fait l'objet de recommandations élaborées par la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH) en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS) et publiées en novembre 2005 (Téléchargeable sur www.sfhh.net et www.hassante.fr).

L'évaluation périodique des pratiques des professionnels chargés de la pose et de l'entretien des cathéters veineux périphériques était d'ailleurs l'objet d'une des 61 recommandations. L'objectif final de toute évaluation est la mise en place, si besoin, d'actions correctrices permettant de tendre vers une pratique de référence.

Les critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles qui sous tendent cette démarche ont été élaborés par un groupe de travail émanant en partie de celui ayant eu en charge la rédaction des recommandations pour la « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques ». La méthode utilisée est celle du « Guide méthodologique. Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles » de la HAS (Téléchargeable sur www.has-sante.fr). Les niveaux de preuve et les niveaux de recommandations utilisés dans ce document sont donnés en annexe I.

2. Rappel sur les critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques

Les critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles constituent des éléments simples et opérationnels de bonne pratique. Ils permettent d'évaluer, par leur mesure, la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient, et d'améliorer les pratiques notamment par la mise en en oeuvre et le suivi d'actions visant à faire converger, si besoin, la pratique réelle vers une pratique de référence. Leur détermination et leur sélection procèdent d'une démarche basée sur les preuves (*Evidence-Based Medecine* ou EBM) qui prend en compte les meilleures références disponibles, la pratique des professionnels et l'interface avec les patients. Ces critères doivent être inclus dans les démarches d'amélioration de la qualité. Leur utilisation peut se faire à visée prospective ou rétrospective, en fonction du type d'action ou de programme choisi. Dans ce cadre, les professionnels ne doivent retenir, parmi les objectifs et les critères de qualité proposés, que ceux qui correspondent le mieux à leurs priorités et aux spécificités des démarches dans lesquelles ils souhaitent s'engager. Les critères de qualité choisis doivent illustrer une part significative de l'activité du professionnel ou de(s) l'équipe(s) et il doit exister un potentiel d'amélioration de qualité ou de sécurité du fait par exemple de l'observation de dysfonctionnements récents, du fait de l'existence d'une hétérogénéité des pratiques (si tant est que celle-ci soit préjudiciable au patient ou au système de santé) ou d'une pratique nouvellement recommandée. Leur présentation peut être retravaillée en fonction des besoins et de l'utilisation prévue (par exemple sous la forme d'une grille d'analyse des pratiques ou d'une fiche mémo ou encore par inclusion de certains items dans une base d'analyse de la pratique).

3. Justification et modalités d'utilisation des critères de qualité concernant les cathéters veineux périphériques

Ces critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles s'adressent à l'ensemble des professionnels impliqués dans la pose, l'entretien, la surveillance et l'ablation des cathéters veineux périphériques.

Selon la méthodologie décrite au paragraphe 3, les critères de qualité proposés sont déclinés par objectif de qualité.

L'ensemble des critères de qualité est applicable dans l'ensemble des structures de soins. Pour l'exercice en dehors de ces établissements, des conditions d'inclusion ou d'exclusion des patients peuvent être précisées.

3.1 Objectif : Standardisation de la pratique de pose et d'entretien des cathéters veineux périphériques

Critère : **Existence et accessibilité d'un protocole écrit et conforme aux dernières recommandations nationales sur la pose et l'entretien d'un cathéter veineux périphérique.**

Recommandation source : Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH – HAS, novembre 2005. ***R 56***

100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, CTIN 1999.

Grade de la recommandation de référence : A2. Au moins un essai non randomisé ou une étude cas/témoin ou une étude multicentrique ou une série historique ou au moins des résultats indiscutables d'études non contrôlées.

Justification du choix du critère : Les protocoles écrits, sont reconnus comme étant un élément indispensable à l'application des bonnes pratiques d'hygiène.

La notion de protocole périodiquement révisé implique l'actualisation des recommandations conformément aux publications les plus récentes.

Précision d'utilisation du critère : Le protocole est au moins conforme pour les critères d'évaluation retenus ci-après. Pour l'exercice en dehors des établissements de santé, les professionnels peuvent se rapprocher des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière et/ou des CCLIN.

3.2 Objectif : Application des précautions standard

***Critère :* Port de gants pour l'insertion du cathéter.**

Recommandation source : Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH – HAS, novembre 2005. ***R 13***
Circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998, relati ve à la prévention de l'agent infectieux véhiculé par le sang ou liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Grade de la recommandation de référence : A Réglementaire.

Justification du choix du critère : Application des précautions standard : le port des gants est indiqué chaque fois qu'il existe un risque de contact avec du sang. Il est également indiqué si les mains présentent des lésions cutanées.

Précision d'utilisation du critère : La qualité des gants (stériles ou non stériles) n'a pas à être prise en compte. Toutefois, il est recommandé de porter des gants stériles si le site d'insertion doit faire l'objet d'une palpation après l'antisepsie cutanée. Des gants de nature spéciale sont proposés pour les professionnels présentant des allergies vraies aux gants en latex.

Critère : Elimination immédiate du mandrin du cathéter dans un conteneur pour objets piquants et tranchants situé à proximité.

Recommandation source :
Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH – HAS, novembre 2005. ***R 3***
Circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998, relati ve à la prévention de l'agent infectieux véhiculé par le sang ou liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Grade de la recommandation de référence : A Réglementaire.

Justification du choix du critère : Application des précautions standard : l'élimination immédiate après le geste de tout objet piquant ou tranchant dans un container prévu à cet effet constitue un moyen démontré et indispensable de prévention des Accidents par Exposition au Sang.

Précision d'utilisation du critère : Le caractère immédiat implique que le mandrin du cathéter soit directement éliminé sans être déposé sur une surface intermédiaire (plateau,…). Le container doit être placé au plus près du soin (distance maximale de l'ordre de 50 cm).

3.3 Objectif : Respect des bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose

***Critère :* Réalisation d'une désinfection des mains (friction avec un produit hydroalcoolique ou lavage avec un savon antiseptique) immédiatement avant l'insertion du cathéter.**

Recommandation source : Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH – HAS, novembre 2005. ***R 12***

Grade de la recommandation de référence : A1. Au moins un essai randomisé de bonne qualité.

Justification du choix du critère : Application des précautions standard. Un traitement hygiénique des mains est indispensable pour tout geste invasif.

Précision d'utilisation du critère : Les produits hydroalcooliques (gel ou solution) doivent être préférentiellement employés. Si les mains sont souillées, mouillées ou poudrées le recours au lavage antiseptique est nécessaire. Le respect du temps de friction ou de lavage ne fait pas partie du critère d'évaluation.

Critère : Réalisation d'une phase de détersion (savonnage suivi d'un rinçage) avant l'application de l'antiseptique.

Recommandation source : Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH-HAS, novembre 2005. ***R 16***

Grade de la recommandation de référence : B2. Au moins un essai non randomisé ou une étude cas/témoin ou une étude multicentrique ou une série historique ou au moins des résultats indiscutables d'études non contrôlées.

Justification du choix du critère : La colonisation de la peau avant l'application de l'antiseptique est un facteur de colonisation du cathéter veineux périphérique. Par analogie avec la préparation cutanée préopératoire, une phase de détersion est recommandée avant l'application de l'antiseptique.

Précision d'utilisation du critère : La phase de détersion consiste en un nettoyage avec un savon antiseptique suivi d'un rinçage et d'un séchage. En l'absence de savon antiseptique de la même famille que l'antiseptique utilisé, un savon doux liquide doit être utilisé pour la phase de détersion. En cas d'application d'un topique anesthésique, la phase de détersion précède immédiatement la phase d'antisepsie cutanée.

***Critère :* Utilisation d'un antiseptique en solution alcoolique.**

Recommandation source : Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH – HAS, novembre 2005. ***R 18***

Grade de la recommandation de référence : B1 (Au moins un essai randomisé de bonne qualité) pour la chlorhexidine alcoolique, B3 (accord professionnel) pour la polyvidone iodée alcoolique.

Justification du choix du critère : Les essais cliniques comparant antiseptique en solution alcoolique et antiseptique en solution aqueuse sont favorables à l'utilisation d'un antiseptique en solution alcoolique. Deux gammes d'antiseptiques majeurs utilisés en pratique clinique ont une présentation sous forme alcoolique.

Précision d'utilisation du critère : Les précautions d'emploi spécifiées par les fabricants (résumé des caractéristiques des produits) doivent être respectées. Pour l'enfant (de la naissance, y compris le prématuré, et jusqu'à l'âge de15 ans) les professionnels peuvent consulter le « Guide des bonnes pratiques de l'antisepsie chez l'enfant » élaboré par la SFHH (parution en 2007).

3.4 Objectif : Respect des bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets

***Critère :* Désinfection des embouts et des robinets avant leur manipulation à l'aide de compresses stériles imprégnées d'un antiseptique alcoolique.**

Recommandation source : Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH – HAS, novembre 2005. - ***R 36***

Grade de la recommandation de référence : B2. Au moins un essai non randomisé ou une étude cas/témoin ou une étude multicentrique ou une série historique ou au moins des résultats indiscutables d'études non contrôlées.

Justification du choix du critère : Les antiseptiques diminuent la colonisation des embases de cathéter. Par analogie, il est recommandé de désinfecter les accès à l'ensemble du dispositif de perfusion.

Précision d'utilisation du critère : Le critère est satisfait si les deux conditions (compresses stériles et antiseptique alcoolique) sont remplies.

3.5 Objectif : Évaluation du maintien du cathétérisme

***Critère :* Traçabilité de la date de pose du cathéter dans le dossier patient.**

Recommandation source : Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH – HAS, novembre 2005. - ***R 26***

Grade de la recommandation de référence : B3. Accord professionnel.

Justification du choix du critère : L'enregistrement de la date de pose est un garant de la réalité de l'événement « pose du cathéter ». Il permet le calcul de la durée de maintien du cathéter.

Précision d'utilisation du critère : Les modalités de l'enregistrement de la date de pose peuvent varier selon l'établissement (dossier papier, dossier informatique). Au cas où plusieurs cathéters sont insérés chez un même patient, le siège de chacun d'entre eux fait l'objet d'un enregistrement.

***Critère :* Traçabilité de la date de l'ablation du cathéter dans le dossier patient.**

Recommandation source : Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH – HAS, novembre 2005. - ***R 26***

Grade de la recommandation de référence : B3. Accord professionnel.

Justification du choix du critère : L'enregistrement de la date d'ablation est un garant de la réalité de l'événement « ablation du cathéter ». Il permet le calcul de la durée de maintien du cathéter.

Précision d'utilisation du critère : Les modalités de l'enregistrement de la date de l'ablation peuvent varier selon l'établissement (dossier papier, dossier informatique). Au cas où plusieurs cathéters sont insérés chez un même patient, le siège de chacun d'entre eux fait l'objet d'un enregistrement.

Une nouvelle voie pour la pré-désinfection des instruments chirurgicaux

DR. WEIGERT

Lors des Journées Nationales d'Etude sur la stérilisation de Marseille en avril dernier, la société Dr Weigert a présenté une solution innovante pour la pré-désinfection des instruments chirurgicaux.

Cette solution baptisée : pré-désinfection mécanisée®, a pour but d'augmenter le niveau de qualité et de sécurité en matière de nettoyage et de désinfection des instruments chirurgicaux dès leur premier traitement.

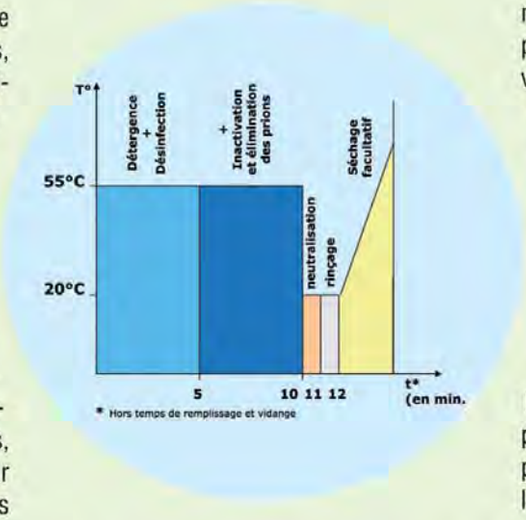
En effet, si le process du traitement des instruments chirurgicaux est considéré comme sûr et performant en stérilisation centrale, des rapports d'audit réalisés sur l'étape de pré-désinfection en trempage par des pharmaciens et des hygiénistes, soulignent de nombreux dysfonctionnements et non conformités liés à la méthode actuelle.

Ces audits sur la pré-désinfection en trempage, ont souvent montré :
- une maîtrise partielle du mode opératoire de la pré-désinfection
- des concentrations produits et des temps de contact non maîtrisés
- des problèmes de dermites
- des pertes de petits instruments entre le bloc et la stérilisation
- une immersion partielle des DM
- la formation de dépôts complexes sur les instruments…

En effet, lorsque cette étape est mal maîtrisée (manque de personnel, manque de temps, utilisation d'une chimie peu détergente, utilisation d'eau dure…), des dépôts peuvent apparaître sur les instruments. Analysés par les laboratoires Dr Weigert, ces dépôts présentent une structure complexe d'éléments organiques + minéraux + chimiques provenant du pré-désinfectant. Or ils ne sont pas systématiquement désagrégés lors du traitement mécanisé en laveur. Ces dépôts deviennent alors potentiellement vecteurs de transmission iatrogène d'ATC et d'ATNC. De plus, ils peuvent être à l'origine de colorations sur les parois internes des laveurs/désinfecteurs mais aussi de taches sur les emballages lors de l'autoclavage.

Les Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière signalent que l'étape de pré-désinfection peut-être réalisée en trempage ou dans un laveur. Compte-tenu de cette dernière possibilité, la société Dr Weigert a constitué un groupe de travail rassemblant des pharmaciens, hygiénistes, Cadres de Bloc et de Stérilisation ainsi que des fabricants de lave-instruments afin d'étudier le moyen de rendre plus sûre la pré-désinfection, en l'orientant vers un process mécanisé.
Il s'agit donc d'effectuer une pré-désinfection des DM dès la sortie du bloc opératoire, avec un lave-instrument adapté et un détergent désinfectant spécifique.

Pour la pré-désinfection mécanisée®, la société Dr Weigert recommande le neodisher® SeptoClean qui possède une triple efficacité :
- Propriétés détergentes élevées quelque soit le degré de saleté initiale.
- Propriétés désinfectantes (bactéricides, fongicides, mycobactéricides et virucides en conditions de saleté) validée selon la norme EN 14885 qui définit l'efficacité désinfectante d'un produit en fonction de son usage.
- Propriétés de Déstabilisation, d'Inactivation et d'Elimination des protéines prions selon le protocole officiel de l'Institut Robert Koch.
- Le neodisher® SeptoClean est reconnu par l'organisme Allemand pour les dispositifs médicaux comme un dispositif de classe IIa recommandé en routine pour le traitement des instruments chirurgicaux qui ont été utilisés sur des porteurs/patients asymptomatiques de tissus à risque d'ESST.
- Compatibilité tous matériels



Les résultats obtenus, lors de l'étape de pré-désinfection, par l'association d'un lave-instrument et de neodisher® SeptoClean, ont été mesurés à plusieurs reprises dans les laboratoires Dr Weigert, mais aussi lors d'essais cliniques représentatifs menés au CHI de Robert Ballanger (93). Les résultats obtenus avec le process mécanisé comparé à la méthode en trempage, ont montré un bénéfice qualitatif important mais également un bénéfice économique conséquent.
En effet, les données mesurées pour le traitement d'une volumétrie d'instrumentation nécessitant : 5 bacs de trempage de 20 litres ou 1 cycle en lave-instrument d'une capacité de 7 paniers et d'une consommation de 12 litres d'eau par phase, ont montré une économie en eau de plus de 60 %, une économie en produit de plus de 70 % et un gain de temps d'environ 40 %. De ce fait, les seules économies sur les consommations en produit et en eau permettent généralement d'amortir l'investissement (lave-instruments et accessoires) en 2 ou 3 années.

Grâce à son efficacité, neodisher® SeptoClean ouvre une nouvelle voie pour le retraitement des instruments chirurgicaux en permettant la mécanisation de la pré-désinfection. Ce procédé apporte une vraie solution aux nombreux dysfonctionnements et non-conformités mis en évidence lors de l'étape de pré-désinfection en trempage et ainsi répond pleinement aux objectifs de la pré-désinfection. De plus, il répond aux nouveaux défis actuels, d'une meilleure maîtrise du risque prion, en assurant l'élimination du prion dès le premier traitement des instruments chirurgicaux.
D'autre part, ce process est économique et plus respectueux de l'environnement, puisqu'il permet de réduire considérablement les consommations en eau, en produit mais aussi les rejets d'emballage.
Enfin, neodisher® SeptoClean peut-être utilisé à la fois lors de l'étape de pré-désinfection mécanisée® mais aussi en laveurs/désinfecteurs en stérilisation, ce qui permet de rationaliser le nombre de produits dans les établissements de santé. ■

***Critère :* Durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours.**

Recommandation source : Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH – HAS, novembre 2005. - ***R 49***

Grade de la recommandation de référence : B2. Au moins un essai non randomisé ou une étude cas/témoin ou une étude multicentrique ou une série historique ou au moins des résultats indiscutables d'études non contrôlées.

Justification du choix du critère : Le risque de complications locales est limité lorsque le délai de maintien du cathéter ne dépasse pas 96 heures.

Précision d'utilisation du critère : La durée de cathétérisme est calculée à partir des dates de pose et d'ablation.

Le critère est non applicable :

– en cas de justification d'un capital veineux limité (à inscrire dans le dossier du patient).
– chez l'enfant

***Critère :* Traçabilité des éléments de la surveillance clinique quotidienne (présence ou absence de signes locaux ou généraux) du site d'insertion dans le dossier du patient.**

Recommandation source : Recommandations pour la pratique clinique « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », SFHH – HAS, novembre 2005. - ***R 59***

Grade de la recommandation de référence : A3. Accord professionnel.

Justification du choix du critère : L'enregistrement de la surveillance clinique quotidienne est un garant de la réalité de cette surveillance.

Précision d'utilisation du critère : L'accord professionnel (R 59) concerne une surveillance clinique au moins quotidienne du site d'insertion du cathéter.
Le critère est **non applicable** pour les cathétérismes de courte durée (inférieur à 24h).

4. Méthodologie d'élaboration

La méthodologie suivie est celle du « Guide méthodologique. Détermination de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles » de la HAS.

Le but est la prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques, le taux d'infections liées à ces dispositifs médicaux étant évalué à 1 % et le nombre annuel de cathéters utilisés étant estimé à 25 millions.

Le groupe de travail (GT), émanation du groupe de professionnels ayant récemment élaboré les recommandations existantes sur cette pratique, s'est appuyé sur l'analyse de la littérature et la liste des critères d'évaluation précédemment effectuées.

Le GT, selon la technique du remue-méninges et après cotation a retenu les objectifs qualité et sécurité suivants, classés par ordre décroissant :

- amélioration de la pose (asepsie) ;
- application des Précautions Standard (hygiène des mains, port de gants) ;
- amélioration de l'hygiène des mains ;
- entretien et accès au dispositif (flacon, ligne veineuse, robinet, bouchon) ;
- traçabilité (indication, pose, retrait, surveillance clinique) ;
- protection du site d'insertion ;
- diminution des accidents exposant au sang (gants, conteneur, matériels sécurisés).

Les Critères de qualité ont été ensuite définis en tenant compte de la recommandation et du niveau de preuve correspondants, ils portent sur :

- la standardisation de la pratique ;
- l'application des précautions standard ;
- le respect des bonnes pratiques d'antisepsie pour la pose ;
- le respect des bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et robinets ;
- l'amélioration de la traçabilité du soin.

Le GT a ensuite soumis ces critères à un groupe test composé de professionnels de terrain chacun devant se fonder sur 5 observations. Ils avaient également à donner leur avis sur la compréhension, la pertinence, l'utilité et la faisabilité de ces critères. Au total 13 professionnels ont participé à cette phase test, ce qui a permis de rassembler 65 observations des pratiques. Un représentant des usagers s'est également prononcé sur la compréhension du document. Le traitement des observations et des réponses aux questionnaires a permis de retenir les critères suivants répartis en 2 groupes en function des modalités possibles d'évaluation (encadrés 1 et 2).

Fiche descriptive

TITRE	**Pose et entretien des cathéters veineux périphériques**
Type de document	Critères de qualité pour l'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Date de mise en	ligne juin 2007
But de la grille d'évaluation	Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques
Objectifs de qualité et de sécurité	- Standardisation de la pratique de pose et d'entretien d'un cathéter veineux périphérique - Application des précautions standard - Respect des bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose - Respect des bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets - Evaluation du maintien du cathétérisme
Nombres de critères d'évaluation et d'amélioration	11
Professionnels concernés	Tout professionnel médical ou paramédical concerné par la pose et l'entretien d'un cathéter veineux périphérique
Promoteur	Société française d'hygiène hospitalière (SFHH), avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la HAS
Pilotage du projet	Joseph Hajjar, Xavier Verdeil
Auteurs du document	Membres du groupe de travail ; avis des participants à la phase test (cf. liste des participants)
Validation	Avis de la Commission évaluation des stratégies de santé de la HAS Validation par le Collège de la HAS en avril 2007
Documents d'accompagnement	Recommandations pour la pratique clinique : « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques » (SFHH, novembre 2005) : fiche de synthèse, recommandations et argumentaire téléchargeables gratuitement sur www.sfhh.net et www.has-sante.fr
Documents associés	100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. CTIN, 1999. Circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998, relati ve à la prévention de l'agent infectieux véhiculé par le sang ou liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. **Téléchargeables gratuitement sur www.sante.gouv.fr**

Annexe 1. Gradition des preuves et des recommandations

Dans le document « Recommandations pour la prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques », pour chaque question traitée, les recommandations proposées sont formulées selon la grille suivante[1] de niveaux de preuve et de niveaux de recommandations :

– Niveaux de recommandations
A = Il est fortement recommandé de faire …
B = Il est recommandé de faire …
C = Il est possible de faire ou de ne pas faire …
D = Il est recommandé de ne pas faire …
E = Il est fortement recommandé de ne pas faire …
- Niveaux de preuve
1 = Au moins un essai randomisé de bonne qualité
2 = Au moins un essai non randomisé ou une étude cas/témoins ou une étude multicentrique ou une série historique ou au moins des résultats indiscutables d'études non contrôlées
3 = Opinion d'expert, résultats d'une expérience clinique, étude descriptive ou résultats d'un consensus de professionnels

1. Adaptée de Kisch MA. Guide to development of practice guidelines. Clin Infect Dis 2001;32(6):851-4.

Prévention du risque aspergillaire chez les patients immunodéprimés (Hématologie, Transplantation)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

INTRODUCTION

La conférence de consensus tenue à l'Institut Pasteur le 21 mars 2000 s'est donnée pour but de définir les méthodes optimales et/ou reconnues pour prévenir le risque aspergillaire chez les patients les plus exposés à ce risque en pratique médicale (principalement hémopathies, greffes de cellules souches hématopoïétiques et transplantations d'organes).

En préambule aux réponses à chacune des questions posées, le jury estime crucial de souligner les difficultés d'interprétation des données de littérature en raison de critères épidémiologiques, cliniques, microbiologiques non homogènes. Le diagnostic d'aspergillose chez ces patients peut rester hésitant ou incertain. L'une des explications tient à la fragilité des patients, chez lesquels les procédures diagnostiques les mieux éprouvées ne peuvent être mises en oeuvre sans difficulté. Ces investigations ne sont souvent démonstratives qu'à un stade tardif de l'infection, quand le traitement n'a guère de chance d'éviter une évolution fatale. Ce dernier est en pratique souvent entrepris empiriquement sur des critères de présomption clinique, radiologique et biologique. Pour cette raison, la fiabilité du recueil des cas d'aspergillose colligés dans les publications peut être équivoque.

De même, des incertitudes obscurcissent les études épidémiologiques : l'origine communautaire ou nosocomiale de la contamination est très difficile à préciser malgré les méthodes de typage moléculaire des souches. En raison de la gravité extrême de l'aspergillose invasive (mortalité des cas déclarés comprise entre 60 et 90 % selon les séries), et de la faible efficacité des traitements actuels, il est évident que le risque aspergillaire doit être évalué et géré en amont de cette complication.

Les questions posées, les réponses et recommandations s'adressent exclusivement à la prévention du risque aspergillaire et ne prennent pas en compte d'autres risques infectieux même si leur coexistence fréquente peut induire des attitudes de prévention communes.

QUESTION 1
Dans quelles situations les patients sont-ils à risque d'aspergillose invasive ?

1.1 - En hématologie

La morbidité de l'aspergillose invasive dépend de la maladie, de son stade évolutif et de son traitement, et de facteurs d'environnement (question 4). Elle constitue 30 à 50 % des mycoses invasives. La mortalité des cas déclarés est considérable, de 50 à 90 % selon la nature de la maladie associée ou les facteurs iatrogéniques, parfois cumulés. Parmi les patients non greffés, l'aspergillose invasive complique 2 à 5 % des hémopathies malignes, surtout les leucémies aiguës myéloblastiques et tous types de leucémies aiguës en rechute ; elle est plus faible dans les lymphomes. Le risque d'aspergillose est important en cas d'aplasie médullaire sévère (5 à 10 %), dans les déficits immunitaires congénitaux combinés sévères et la granulomatose septique. Après allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, le risque est de 5 à 10 %. Dans les autogreffes, ce risque est inférieur à 2 % et encore plus faible depuis la généralisation des méthodes de collection de cellules souches périphériques.

Cinq facteurs de risque ressortent de l'analyse de la littérature comme clairement identifiés. Chacun d'entre eux induit une augmentation du risque potentiel, qu'il est difficile d'évaluer avec précision. Le risque aspergillaire augmente encore plus clairement lorsque plusieurs de ces facteurs se cumulent.

· Neutropénie : un taux de polynucléaires neutrophiles inférieur à 500/mm3 pendant au moins deux semaines ou inférieur à 100/mm3 quelle que soit la durée est un facteur de risque majeur. On peut en rapprocher les anomalies fonctionnelles des neutrophiles et des macrophages, qui aggravent ce risque infectieux même en l'absence de neutropénie.

· Corticothérapie : une posologie au-dessus de 1 mg/kg/j de méthylprednisolone ou de prednisolone pendant une à trois semaines est reconnue comme un facteur d'exposition.

· Colonisation des voies aériennes par Aspergillus ou antécédent d'aspergillose. Ces situations sont hautement prédictives d'une aspergillose invasive lors d'un épisode ultérieur de neutropénie sévère et/ou prolongée.

· Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques. C'est une situation cumulant les facteurs de risque, dont rend compte la morbidité aspergillaire majeure chez ces patients. Le risque initial (40 premiers jours) est lié surtout à la neutropénie sévère, aux effets du conditionnement radiothérapique sur les macrophages alvéolaires, et au déficit immunitaire cellulaire T dont la reconstitution ne se manifeste que postérieurement à ce délai, surtout si une réaction aiguë du greffon contre l'hôte exige de renforcer le traitement immunodépresseur. L'aspergillose invasive est dans plus de 50 % des cas une infection tardive, survenant de 60 à plus de 100 jours après la greffe chez des patients non neutropéniques, favorisée par trois facteurs principaux : la réaction du greffon contre l'hôte (corticothérapie.), l'interruption des mesures de protection (chambre à air traité, voir plus loin), et le type de greffe. Une allogreffe de moelle phénoidentique (donneur et receveur appariés mais non apparentés) ou une greffe partiellement incompatible sont plus à risque qu'une greffe géno-identique (donneur et receveur appariés et apparentés). Interviennent aussi comme facteurs favorisants sans qu'il soit possible de leur donner un valeur formelle le type de maladie en traitement (maligne ou non), la notion de rechute(s), la situation de deuxième greffe, la séropositivité vis à vis du cytomégalovirus et l'utilisation d'une irradiation corporelle totale pour le conditionnement.

Les déficits immunitaires cellulaires sévères (congénitaux ou acquis) s'inscrivent logiquement dans la catégorie des situations à risque, mais les données de littérature sont trop éparses pour situer le niveau exact de la morbidité aspergillaire dans ces cas.

1.2. - Transplantations d'organes

Le risque aspergillaire y est lié aux particularités de l'organe transplanté, aux modalités du traitement immunodépresseur et aux facteurs d'environnement (question n° 4).

Les aspergilloses invasives après transplantation cardiaque et hépatique s'observent surtout lors de suites opératoires compliquées (insuffisance rénale aiguë, états septiques graves), au cours des retransplantations et des traitements par anticorps monoclonaux. Le risque aspergillaire le plus important s'observe en transplantation pulmonaire. Il est lié aux caractéristiques du poumon, à l'intensité de l'immunodépression thérapeutique, aux colonisations du poumon natif (transplantation unilatérale) et bronchiques post greffe.

L'intensité de l'immunodépression induite majore le risque aspergillaire. Celui-ci est maximal lors des 3 à 6 premiers mois post-greffe et lors des crises ultérieures de rejet. Parmi les produits utilisés, se détache principalement le rôle favorisant de la corticothérapie. L'introduction de la ciclosporine et du tacrolimus permet actuellement de réduire les doses quotidiennes de corticoïdes et la fréquence des traitements des rejets aigus. L'incidence de l'aspergillose invasive a ainsi diminué. Le risque induit par les anticorps monoclonaux est réel mais faible, du fait de leur utilisation limitée.

1.3. - Recommandations

En hématologie, tout type d'affection comportant une neutropénie sévère et/ou prolongée et exposant à un déficit immunitaire induit un risque potentiel mortel d'aspergillose invasive. En

Tableau n° 1. Morbidité et mortalité de l'aspergillose invasive en transplantation d'organe. Résultats d'une compilation de littérature (d'après Paterson, 1999).

	Morbidité	Mortalité des cas déclarés
Transplantation pulmonaire	8.4 %	74 %
Transplantation cardiaque	6.2 %	78 %
Transplantation hépatique	1.7 %	87 %
Transplantation pancréatique	1.3 %	100 %
Transplantation rénale	0.7 %	75 %

l'absence d'un système de score des facteurs de risque, on peut théoriquement qualifier de situations **à très haut risque** tout type d'affection traitée par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (mais la place future de conditionnements atténués peut modifier ce risque).
En dehors de la situation d'allogreffe, sont exposés à un risque propre d'importance inégale les cas suivants : leucémies aiguës myéloblastiques en traitement de première ligne ou en rechute (s), aplasies médullaires sévères, rechutes d'hémopathies et lymphomes traitées par chimiothérapie et corticothérapie à posologie forte, déficits immunitaires combinés sévères.
Cependant, il convient de ne pas méconnaître un **risque potentiel** au cours du traitement d'induction et de consolidation des leucémies aiguës, des myélomes et après auto greffe de cellules souches hématopoïétiques.
En transplantation d'organe, le risque concerne principalement les retransplantations précoces, les patients soumis à des traitements corticoïdes à posologie forte et prolongée justifiés par le grade élevé et la fréquence des rejets, les suites post transplantation compliquées (réinterventions, infections bactériennes et virales multiples, insuffisance rénale aiguë).

En tout état de cause, le risque aspergillaire ne peut être évalué que cas par cas, par le(s) praticien(s) en charge du patient, seul(s) fondé(s) à décider des conditions d'hospitalisation et de prise en charge les mieux adaptées à sa prévention.

QUESTION 2
Quelles mesures de prévention (primaire et secondaire) ont fait preuve de leur efficacité, pour quels patients et dans quelles conditions ?

La prévention du risque aspergillaire repose sur trois mesures d'efficacité inégale : maintien des patients à risque dans un environnement protégé par le traitement de l'air, la décontamination des surfaces, les mesures d'isolement ; traitement de la colonisation potentielle par Aspergillus à l'aide de fongistatiques (chimioprophylaxie) ; amélioration des moyens de défense de l'hôte (cytokines, transfusions granulocytaires).

2.1. - Traitement de l'air

La réduction de l'aérobiocontamination aspergillaire repose sur l'association de trois procédés :
- une **filtration** efficace grâce aux filtres HEPA ;
- une **surpression** d'au moins 15 Pa ;
- un **taux de renouvellement** élevé, qui doit répondre à l'objectif "zéro Aspergillus". Le débit minimal est de 20 volumes/heure et plus, selon la fréquence des mouvements d'entrée et sortie de personnels.

Un système de traitement d'air efficace implique des mesures spécifiques d'organisation spatiale et fonctionnelle des locaux et de qualité des matériaux de revêtement : isolement du service par un sas d'entrée en dépression ; division du service en sous-unités possédant chacune un traitement d'air indépendant ; chambre individuelle, isolée par l'intermédiaire d'un sas ; matériaux de revêtement lisses, imputrescibles, uniformes, lessivables, inertes, résistants aux agents chimiques, présentant une résistance élevée aux chocs et aux charges roulantes. Les faux plafonds démontables sont proscrits.

2.2. - Bionettoyage

Des protocoles concernant le nettoyage et désinfection des équipements et des surfaces doivent être écrits, validés et respectés.

2.3. - Isolement protecteur des patients : modalités pratiques

L'isolement protecteur doit être adapté au niveau du risque. Il doit faire respecter un isolement géographique, l'interdiction de toute plante, aliments ou aromates susceptibles d'être contaminés par des spores aspergillaires (thé, poivre, potages lyophilisés, fruits notamment kiwis), une restriction des visites.

2.4. - Chimioprophylaxie primaire

Les qualités d'un médicament antiaspergillaire idéal (efficacité prouvée, bonne tolérance, posologie bien définie, facilité d'administration, faible risque d'interactions avec les traitements associés, immunosuppresseurs ou autres, bon rapport coût/bénéfice) ne sont réunies par aucun des médicaments actuellement commercialisés.
- **Inhalations d'amphotéricine B.** En l'absence d'études contrôlées bien conduites, sur un nombre suffisant de patients, démontrant l'efficacité de l'amphotéricine B inhalée et la posologie optimale, il est impossible de recommander cette pratique. De même, l'intérêt d'administrer l'amphotéricine B par inhalation chez des patients exposés au risque d'aspergillose hospitalisés dans des chambres dépourvues de filtre HEPA ou lors de périodes d'exposition plus importantes à l'Aspergillus tels que des travaux, ne repose sur aucune étude.
- **Amphotéricine B intraveineuse.** L'utilisation prophylactique de l'amphotéricine B conventionnelle à dose curative n'est pas envisageable en routine compte tenu de sa néphrotoxicité. Les différents travaux publiés, utilisant une posologie de 0,10 à 0,25 mg/kg/jour, n'autorisent aucune conclusion. La forme liposomale d'amphotéricine B a été étudiée en situation de greffe de moelle ou de transplantation hépatique : les résultats peu probants, et le coût très élevé, font que cette formulation ne peut être actuellement recommandée à titre prophylactique.
- **Itraconazole.** Si les résultats de plusieurs études non randomisées sont en faveur de l'intérêt de l'itraconazole en prophylaxie primaire de l'aspergillose, ceux de 3 études randomisées ne permettent pas de conclure à une efficacité prophylactique de l'itraconazole chez des patients neutropéniques.

Une méta-analyse des résultats obtenus par 24 études incluant 2 758 patients neutropéniques ayant reçu une chimioprophylaxie primaire de l'aspergillose invasive à base d'amphotéricine B conventionnelle ou liposomale ou de dérivés azolés dont l'itraconazole, ne démontre aucun bénéfice.

2.5. - Chimioprophylaxie secondaire

Les patients ayant développé une aspergillose invasive sont à haut risque de rechute lors d'une nouvelle phase de neutropénie profonde ou lors d'un deuxième épisode d'immunodépression. Il est admis que de tels patients doivent recevoir une chimioprophylaxie secondaire associée ou non à une chirurgie d'exérèse. Une analyse rétrospective récente portant sur 48 patients a montré une réduction du taux de rechute de l'aspergillose invasive chez les patients ayant reçu un chimioprophylaxie secondaire, les modalités de celle-ci n'étant pas imposées à priori. Il est donc actuellement impossible de dégager l'approche prophylactique la plus efficace.

2.6. - Facteurs de croissance

Si les travaux publiés démontrent une activation fonctionnelle des neutrophiles et des phagocytes mononucléés, et un effet pharmocodynamique et clinique sur la production des neutrophiles (réduction de la durée de la neutropénie), ils n'autorisent aucune conclusion sur une diminution du risque d'infection aspergillaire : ils ont été menés dans des contextes cliniques où la fréquence de l'aspergillose est faible, où on ne s'attachait pas à recueillir spécifiquement la fréquence de cette complication. Il serait donc plus juste de considérer que l'intérêt des facteurs de croissance dans la prévention du risque aspergillaire n'a pas été spécifiquement étudié. En l'état actuel des connaissances, l'utilisation des facteurs de croissance hématopoïétiques n'a pas sa place dans la prévention de l'aspergillose invasive. Cependant, il existe des arguments expérimentaux pour justifier de nouveaux essais chez des patients neutropéniques ou immunodéprimés non neutropéniques (réaction chronique du greffon contre l'hôte), en particulier avec le GM-CSF qui, par ses effets sur les granulocytes et les macrophages, a les caractéristiques potentielles les plus intéressantes.

2.7. - Transfusions de granulocytes

Pour l'essentiel, les données de la littérature sont anciennes (cinq essais contrôlés antérieurs à 1981). L'efficacité préventive ou curative des transfusions de granulocytes s'exerce surtout sur les infections bactériennes. Elle paraît étroitement dépendante du nombre de granulocytes transfusés quotidiennement. En ce qui concerne la prévention du risque aspergillaire, les mêmes réserves que celles émises pour les facteurs de croissance peuvent être formulées, à savoir une morbi-

dité aspergillaire faible, quel que soit le bras avec ou sans transfusion, interdisant toute exploitation des résultats. De nouveaux essais utilisant les nouvelles méthodes de recueil des granuleux sous facteurs de croissance hématopoïétiques, permettant d'obtenir des quantités 8 à 10 fois supérieures pourraient être intéressants.

2.8. - Recommandations

En se basant sur les études publiées et sur l'opinion d'experts, les patients considérés comme à très haut risque devraient bénéficier d'un isolement protecteur dans une chambre équipée d'un fort renouvellement d'air avec filtre terminal HEPA, surpression et sas. L'impact de l'isolement protecteur sur la morbidité aspergillaire est clair, mais les données de la littérature sont trop imprécises pour définir les types d'isolement et de renouvellement d'air optimaux pour chaque niveau de risque.

Il est actuellement impossible de recommander une chimioprophylaxie primaire de l'aspergillose invasive chez les patients neutropéniques ou greffés de moelle, encore moins chez les transplantés d'organe. Il y a un consensus pour effectuer une chimioprophylaxie secondaire dont les modalités restent à définir.

En l'état actuel des connaissances, l'intérêt des facteurs de croissance hématopoïétiques dans la prévention de l'aspergillose invasive n'est pas démontré. Aucun élément de la littérature ne permet actuellement de recommander l'utilisation de transfusions de granulocytes dans la prophylaxie de l'aspergillose invasive.

QUESTION 3
Quelles surveillance doivent être mises en place pour orienter la prévention ?

En raison de l'extrême gravité de l'aspergillose invasive et du nombre croissant des malades exposés à ce risque, une surveillance destinée à prévenir les risques de contamination aspergillaire est une nécessité. Cette surveillance repose sur le contrôle de l'environnement fongique et l'épidémiologie.

3.1. - Contrôle de l'environnement

Le système de traitement d'air avec HEPA doit être surveillé dans une démarche globale d'assurance qualité. L'intérêt d'une surveillance d'environnement à visée de prévention et d'alerte n'est pas aujourd'hui démontré. Sa mise en place systématique en particulier dans les structures sans traitement d'air ou avec une qualité de filtre autre qu'HEPA, ne peut être actuellement recommandée en tenant compte de l'investissement financier et humain que cela représente.

Les modalités pratiques et l'interprétation des résultats microbiologiques, dans la surveillance des zones équipées d'un système de traitement d'air avec HEPA ne sont actuellement pas standardisées. Les contrôles par prélèvements de surface doivent être privilégiés par rapport aux prélèvements d'air. Des analyses systématiques de l'eau, des aliments et au niveau des personnels ne sont pas justifiées.

En l'absence de tout événement d'alerte et sous réserve d'une observance rigoureuse des systèmes de protection mis en place, des prélèvements trimestriels paraissent remplir l'objectif principal d'évaluation de l'efficacité des systèmes de traitement d'air et du bionettoyage. La mise en évidence de plus d'une unité formant des colonies d'Aspergillus doit représenter un signal d'alerte.

Pour une validation et une meilleure harmonisation de ces pratiques il est indispensable d'aboutir rapidement à la mise en place d'un protocole de surveillance fongique de l'environnement hospitalier, établi à partir d'une réflexion consensuelle des différents acteurs concernés.

3.2. - Surveillance épidémiologique

Une surveillance des cas, à fonction d'alerte, au niveau de chaque hôpital, doit être recommandée. Elle implique de rendre systématique le signalement de tous les cas diagnostiqués, avec certitude ou forte présomption (cas certains et probables) au CLIN au sein duquel peut être individualisée, en fonction des circonstances locales et des événements (notamment travaux), une "cellule aspergillose". Chaque cas signalé doit faire l'objet d'une analyse et éventuellement conduire à une enquête destinée à détecter un éventuel contexte épidémique.

La mise en place d'une surveillance épidémiologique centralisée est souhaitable de façon à déceler d'éventuelles modifications du profil de la maladie (en particulier des facteurs de risque). Elle doit encourager la création de réseaux et le développement d'études multicentriques évaluant l'impact de nouvelles stratégies diagnostiques, thérapeutiques ou de prévention.

QUESTION 4
Quelles sont les stratégies de prévention ?

L'absence d'efficacité prouvée de la chimioprophylaxie, la gravité de la maladie déclarée et les difficultés de son traitement soulignent l'importance de la prévention environnementale. En situation "standard", les moyens à mettre en oeuvre ont été développés dans les chapitres précédents. En dehors de ces conditions, deux situations requièrent des moyens humains et matériels particuliers : l'existence de travaux et la survenue d'une épidémie aspergillaire.

4.1. - Mesures à prendre en cas de travaux

Les travaux, source de nuage aspergillaire, sont un des principaux facteurs favorisant la survenue d'atteinte aspergillaire chez les sujets immunodéprimés. La situation à haut risque que constitue la réalisation de travaux dans un hôpital justifie la mise en place d'une cellule opérationnelle spécifique avant même la mise en route des travaux.

Cette cellule est placée sous la responsabilité du CLIN et réunit les différentes compétences directement impliquées dans la prévention. Elle comprend les acteurs suivants : hygiénistes, biologistes mycologues, représentants des services hospitalisant des patients à risque, ingénieur technique responsable des travaux, coordonnateur sécurité-santé, représentants de l'administration.

De par sa composition multidisciplinaire, elle a un rôle d'interface et de coordination entre les différents intervenants et personnes concernées par les travaux en participant à l'élaboration du cahier des charges, à l'information et la formation des ouvriers et du personnel soignant, à la gestion des mesures protectrices et correctrices, à la surveillance du chantier et du respect des procédures préventives.

Les travaux hospitaliers sont classés en trois groupes, selon la nature et l'importance des travaux (type I : travaux extérieurs de gros oeuvre ; type II : travaux d'intérieur, de gros oeuvre ; type III : travaux d'intérieur, de type aménagement ou maintenance) et leur localisation par rapport aux services à risque. Cette classification permet d'évaluer le niveau de risque aspergillaire du service à risque et donc de définir les mesures de prévention adaptées à chaque situation.

Quel que soit le type de travaux, il est indispensable d'informer et sensibiliser les ouvriers et le personnel hospitalier aux risques d'aspergillose invasive.

- Dans la zone de travaux, les mesures d'isolement comportent : signalisation et isolement hermétique du chantier (intérieur), humidification régulière du chantier (extérieur), plans de circulation définis pour les matériaux, les engins et les ouvriers.
- Dans les services à risque, limitation des mouvements d'air, des déplacements de personnel et de malades, renforcement des procédures de ménage et de bionettoyage, contrôles réguliers du système de ventilation-filtration d'air et des prélèvements mycologiques de l'air et des surfaces.
- En cas de risque majeur (travaux de gros oeuvre à proximité directe du secteur protégé ou quelle que soit leur nature à l'intérieur du secteur protégé), la fermeture totale ou partielle du service à risque doit être envisagée, sur proposition de la "cellule aspergillose" et du chef de service, la décision finale étant de la responsabilité de l'administration hospitalière. Elle doit se faire dans le respect de la continuité des soins et en préservant la sécurité des patients.

L'efficacité de la prophylaxie individuelle de l'aspergillose par amphotéricine B en aérosol ou par voie intraveineuse à faible dose ou par itraconazole, ou de la protection des chambres par des systèmes mobiles de filtration-extraction d'air ne sont pas validées. Au cours et au décours des travaux, la surveillance de l'antigènémie aspergillaire peut être recommandée chez les patients à risque, mais doit être évaluée.

4.2. - Investigation d'une épidémie aspergillaire

Compte tenu de la rareté de ces cas et de leur éclosion sur des groupes vulnérables, le terme d'épidémie n'est pas adapté. L'augmentation de fréquence doit être appréciée par rapport à un taux de morbidité "de base". Il y a donc plutôt lieu de parler d'investigation de cas groupés d'aspergillose invasive plutôt que d'investigation d'un épisode épidémique au sens strict du terme, voire d'investigation d'un cas nosocomial. A défaut de connaître le taux d'incidence (ou de densité d'incidence) dans les unités à risque, il semble raisonnable de recommander une

investigation lors de la survenue de deux cas en moins de six mois d'intervalle.
Un cas d'aspergillose invasive est reconnu comme nosocomial s'il survient au cours ou au décours d'une hospitalisation et qu'il a été contracté durant celle-ci, n'étant ni présent ni en incubation lors de l'admission à l'hôpital. Cependant, en raison d'un délai d'incubation inconnu et variable, de plusieurs jours à trois mois selon les patients, il est, sauf exception, pratiquement impossible de dater la contamination aspergillaire.
Les investigations devront être menées en commençant par la mise en alerte de la cellule aspergillose qui met en place les actions spécifiques :
• enquête épidémiologique : analyse des cas déclarés vérifiant la pertinence des critères cliniques, mycologiques, histologiques, en distinguant les cas prouvés, probables et possibles ; recherche exhaustive d'autres cas dans l'unité de soins et dans d'autres services appartenant à la même aire géographique de façon rétrospective et prospective ; analyse géographique et étiologique des cas : contrôle des systèmes de traitement d'air, recherche de tout type de travaux, recherche d'une source locale autre que l'air (aliments, eau, fleurs) ;
• contrôle du niveau de contamination aspergillaire de l'air et des surfaces des zones d'hospitalisation suspectes : compte tenu de la fugacité du nuage aspergillaire, la contamination des surfaces est plus significative que la présence des spores aspergillaires dans l'air.
L'échec des investigations et de la mise en oeuvre de mesures correctrices peut amener une décision de fermeture d'une unité de soins.

4.3. - Recommandations

En cas de travaux, il est recommandé de constituer une "cellule aspergillose" à l'initiative et sous la responsabilité du CLIN. Interface entre les services techniques et les services hospitaliers, elle participe à la conception et au déroulement des travaux, à l'information et la formation des personnels hospitaliers et des intervenants extérieurs aux risques d'aspergillose invasive, à la mise en place des mesures de protection et leur surveillance.
Une enquête spécifique doit être déclenchée précocement dès l'apparition d'au moins 2 cas groupés. La "cellule aspergillose" coordonne l'enquête épidémiologique, analyse les cas déclarés, procède à une recherche exhaustive d'autres cas, à une analyse géographique et étiologique, et mesure le niveau de contamination aspergillaire des services à risque et déclenche la mise en place des mesures correctrices.
En raison de l'extrême polymorphisme des génotypes aspergillaires, y compris dans un même site de contamination ou chez un même patient, le recours aux techniques de biologie moléculaire reste le plus souvent non informatif et ne peut être recommandé en routine, en dehors de protocoles ou d'études épidémiologiques spécifiques.

CONCLUSION

Au-delà des conclusions consensuelles énoncées plus haut, les quelques propositions qui suivent paraissent légitimes.
• Établir et valider un score intégrant les risques liés au terrain et à l'environnement, permettant de mieux définir un niveau de risque à priori : ceci aurait un intérêt décisionnel pour la mise en place de mesures préventives graduées au cas par cas, et un intérêt épidémiologique permettant de distinguer les cas d'aspergilloses "explicables" (score élevé) et "inexplicables" (score bas), les deux n'ayant pas la même valeur de signal.
• Créer un réseau spécifique ayant vocation à collecter les cas d'aspergillose invasive dans une optique de recherche épidémiologique.
• En l'absence de données établies, mieux évaluer les méthodes de prophylaxie basées sur les facteurs de croissance (notamment GM-CSF), les nouveaux antifongiques en nébulisation, par voie orale ou intraveineuse, les transfusions de leucocytes collectés par cytaphérèses.
• Valider la création d'unités protégées placées au sein des unités de réanimation médico-chirurgicales prenant en charge les patients en état de vulnérabilité accrue au risque aspergillaire (notamment suites compliquées de transplantations d'organes, hémopathies en aplasien thérapeutique requièrant une assistance transitoire de réanimation). Ces unités protégées seraient similaires à celles qui existent dans la plupart des services d'hématologie. Dans de telles circonstances, l'isolement protecteur de ces patients ne serait pas rompu. ■

BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI je désire souscrire un abonnement annuel (4 numéros) à Officiel Santé.
Veuillez trouver ci-joint mon règlement pour la somme totale de 18,29 € à l'ordre de P.E.C.
❑ Chèque bancaire ❑ Chèque postal

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

Bulletin à compléter et à retourner à:
P.E.C. - Service Abonnements, 14, bd du Commandeur, 13009 Marseille

REMERCIEMENTS AUX PARTENAIRES D'OFFICIEL SANTÉ

ARGOS
ALL.DIAG
LABORATOIRES BAYER HEATHCARE
LABORATOIRES BIO RAD
BIOQUELL
LABORATOIRES CELGENE
ELUSEPT
JC & JC EURORECHERCHE
LABORATOIRES MYLAN
PALL MEDICAL
LABORATOIRES SANOFI AVENTIS
LABORATOIRES 3M SANTÉ